

ISAMARA FREITAS NOVAES OLIVEIRA

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO ESTRATÉGIA DE
EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Orientadora: Prof.^a Doutora Sandra Queiroz

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração
Instituto de Educação**

Lisboa

2019

ISAMARA FREITAS NOVAES OLIVEIRA

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO ESTRATÉGIA DE
EDUCAÇÃO PARA SAÚDE**

Dissertação defendida em Provas Públicas na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação, no dia 24 de junho de 2019, perante o júri, nomeado pelo despacho Reitoral nº 166/2019 de 07 de junho, com a seguinte composição de júri:

Presidente: Prof. Doutor Óscar Conceição de Souza

Arguente: Prof.^a Doutora Maria de Lurdes Varanda

Orientadora: Prof.^a Doutora Sandra Queiroz

Universidade Lusófona de Humanidades eTecnologias

Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração

Instituto de Educação

Lisboa

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Carla Carvalho Freitas e Amaro Pinto Silva Junior, pelo incentivo e por acreditarem que eu posso tudo.

Agradeço a meu esposo Leonardo e aos meus filhos, Arthur e Isis. Tudo que faço é pensando em vocês e no grande amor que nos une.

A Tia Nice, os meus irmãos, familiares e amigos, que de uma forma ou outra contribuíram para mais essa conquista.

A minha orientadora Prof.^a Doutora Sandra Maria de O. M. G. Queiroz, por sua dedicação.

A todos os professores que me ajudaram nessa caminhada rumo ao tão sonhado mestrado.

Aos meus colegas de curso, foi neles que eu encontrei o maior incentivo para seguir em frente. Meu muito obrigado pelos saberes compartilhados e pela convivência, em especial a Dani e Augusto.

Meu maior agradecimento é para Jesus, que é o próprio Deus e se fez homem por amor a mim, e se tornou exemplo nesse mundo de pecado, nos mostrando que através do amor alcançamos a vitória. “No princípio era o Verbo, e o Verbo estava com Deus, e o Verbo era Deus. Ele estava no princípio com Deus. Todas as coisas foram feitas por ele, e sem ele nada do que foi feito se fez. Nele estava à vida, e a vida era a luz dos homens.” (João 1:1-4).

Obrigada!

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. 1ª fase – Diagnóstico: Apresentação dos Sujeitos	28
Tabela 2. 1ª fase – Diagnóstico: Condições de Saúde do Usuário	30
Tabela 3. 2ª fase: Definição de Metas.....	31
Tabela 4. 3ª fase: Divisão de Responsabilidade	31
Tabela 5. 4ª fase: Fase de Reavaliação	33
Tabela 6. “Concepção” do PTS	34

LISTA DE SIGLAS

PTS – Projeto Terapêutico Singular

TRS – Teoria das Representações Sociais

PNH – Política Nacional de Humanização

SUS – Sistema Único de Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

ACS- Agente Comunitário de Saúde

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

RESUMO

O objetivo deste estudo é descrever os benefícios do Projeto Terapêutico Singular (PTS) no processo de aprendizagem da saúde para o usuário/família e o impacto da intervenção na atividade laboral dos profissionais da saúde que integram a Unidade Básica do Município de Irecê-BA. Como referencial teórico-metodológico optou-se pela Teoria das Representações Sociais (TRS). Realizou-se entrevistas com funcionários de uma Unidade Básica de Saúde do município de Irecê-BA e com usuário/família envolvida no Projeto Terapêutico Singular. Para análise dos dados utilizou-se as informações coletadas nas entrevistas. As análises do estudo foram construídas a partir das dimensões nas quais as Representações Sociais se expressam no contexto de educação em saúde que o PTS promove: Características do PTS, Modelo de Educação, Conhecimentos dos usuários e as práticas do trabalho em consonância ao Sistema único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Projeto Terapêutico Singular (PTS), Educação em Saúde e Teoria das Representações Sociais (TRS).

ABSTRACT

The objective of this study is to describe the benefits of the Unique Therapeutic Project (PTS) in the process of learning health for the user / family and the impact of the intervention on the work activity of the health professionals who are part of the Basic Unit of the Municipality of Irecê-BA. As a theoretical-methodological reference, the Theory of Social Representations (TRS) was chosen. Interviews were conducted with employees of a Basic Health Unit in the municipality of Irecê-BA and with a user / family involved in the Unique Therapeutic Project. To analyze the data, the information collected in the interviews was used. The analyzes of the study were constructed from the dimensions in which the social representations are expressed in the context of health education that the PTS promotes: Characteristics of the PTS, Education Model, Knowledge of users and work practices in line with the Single System of Health (SUS).

Descriptors: Unique Therapeutic Project (PTS), Health Education and Theory of Social Representations (TRS).

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
2.1 Históricos da Educação em Saúde no Brasil	5
2.2 A Política Nacional de Humanização (Humanizausus).....	7
2.3 Projeto Terapêutico Singular (PTS).....	10
2.4 Teoria da Representação Social (TRS) nas Pesquisas na Saúde Pública	11
2.5 Aplicação do PTS e sua relação com a Teoria da Representação Social (TRS). ...	13
3. METODOLOGIA.....	18
3.1 Tipo de Estudo	18
3.2 Local	19
3.3 Desenho da Pesquisa.....	20
3.4 Sujeitos da Pesquisa.....	21
3.5 Instrumentos de Recolha de Informação	22
3.5.1 Observação Participante	22
3.5.2 Entrevista	24
3.6. Procedimento e Análise de Recolha de Dados.....	25
3.6.1 Processo de Elaboração da Pesquisa.....	25
3.6.2 Análise de dados.....	26

3.6.3 Análise das etapas do PTS	27
3.7 Análise e Discussão de Resultados	36
4.CONCLUSÕES.....	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
APÊNDICE	46
Apêndice A – Guião da entrevista com o usuário aplicado antes do PTS.....	47
Apêndice B – Guião da entrevista com o usuário aplicado após o PTS.....	49
Apêndice C – Guião da entrevista com o profissional da UBS aplicado antes do PTS.	50
Apêndice D – Guião da entrevista com o profissional da UBS aplicado depois do PTS.	52
Apêndice E – Guião da entrevista com os profissionais que deram suporte ao PTS ...	53
Apêndice F – Transcrição da entrevista com o usuário aplicado antes do PTS	54
Apêndice G – Entrevista com o usuário aplicado após o PTS.	60
Apêndice H – Transcrição da entrevista com o profissional aplicado antes do PTS....	65
Apêndice I – Transcrição da entrevista com o profissional aplicado depois do PTS...67	
Apêndice J – Entrevista com os profissionais que deram suporte ao PTS	68
Notas de Campos	74

1. INTRODUÇÃO

O trabalho de educação em saúde no Brasil se instituiu no âmbito da Saúde Pública sobre duas dimensões, uma que envolve a aprendizagem sobre a doença, seus efeitos e como restabelecer a saúde; a outra se caracteriza como promoção da saúde que inclui os fatores sociais que afetam a saúde e esse processo considera o indivíduo como um ser biopsicossocial. Entretanto, mesmo com esse conceito ampliado observa-se que muitos profissionais não atendem aquilo que é proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a Saúde pública e a própria população desconhece a importância do serviço.

Segundo a Cartilha da PNH, do Ministério da Saúde (2006), o despreparo dos profissionais para lidar com prática de saúde é devido a diversos fatores como a desvalorização dos trabalhadores de saúde, expressiva precarização das relações de trabalho, baixo investimento num processo de educação permanente desses trabalhadores, pouca participação na gestão dos serviços e frágil vínculo com os usuários. Para isso, o governo do Brasil implementou a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – “Humaniza SUS”.

Ainda segundo a Cartilha da PNH, do Ministério da Saúde (2006) o “Humaniza SUS” ou a Política Nacional de Humanização (PNH) tem como objetivo oferecer um trabalho humanizado, que valoriza os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão.

Para a viabilização dos princípios e resultados esperados com o HumanizaSUS, foram estabelecidos alguns dispositivos, dentre estes, tem-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que é uma discussão de “caso(s) clínico(s)” por uma equipe de saúde, em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde, para então definir ações. O PTS está pautado como uma proposta de Clínica Ampliada, onde não só o médico faz a clínica, mas todos os profissionais da saúde fazem a sua clínica, permite trabalhadores e usuários a enfrentarem os problemas, trabalhar em equipe e aprender coletivamente. É preciso saber o que o usuário que é atendido apresenta além da

doença, é preciso saber o que ele possui de singular em seus sinais e sintomas, sendo possível envolver mais de uma especialidade e permitir uma melhor participação do usuário bem como de sua família no tratamento.

A justificativa da escolha do tema em questão deu-se pelo fato do PTS envolver equipe de saúde, usuário, família e comunidade, permitindo que se transite por conhecimentos interdisciplinares, permitindo também o desenvolvimento de práticas de saúde que estão de acordo com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como ferramenta principal a educação.

O PTS é uma estratégia de Educação em Saúde, através dessa ação o saber é disseminado entre todos os profissionais da equipe, para o usuário, para a família do usuário, para a comunidade e vice-versa, é um processo em que todos são envolvidos, e apesar de ser uma proposta de ação oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), vem sendo desenvolvido paulatinamente no município de Irecê-BA, que também lida com o despreparo dos profissionais na prática de saúde e carência da comunidade no que se refere à educação em saúde.

Existem várias teorias que estudam a maneira pela qual as pessoas lidam com o conhecimento. Fugindo das práticas formais da educação e se aproximando daquilo que a Teoria das Representações Sociais sugere para educação, as características desta teoria se aproximam das características de proposta de educação do PTS e através dessa relação será possível avaliar o PTS como estratégia de educação em Saúde e os seus benefícios no processo de aprendizagem ao se fazer uma comparação do conhecimento adquirido pelo o usuário/família sobre sua condição de saúde antes, e depois da aplicação do PTS, considerando as representações do profissional de saúde e do usuário/família. Segundo Silva e outro (2011), as representações sociais são uma forma de conhecimento denominado de senso comum, que difere do conhecimento científico, mas que é objeto de estudo científico, pois ele apresenta relevância para a vida social já que indica processos cognitivos encarnados nas interações sociais.

Percebendo que a educação é uma ferramenta para construção de uma saúde para todos, é pergunta de partida para este trabalho: Como estratégia de educação em Saúde, quais os benefícios do Projeto Terapêutico Singular, no processo de aprendizagem do usuário e/ou

da sua família do usuário, e na valorização do trabalho dos profissionais de saúde numa Unidade Básica de Saúde do Município de Irecê-Ba?

Pretendemos, ainda, responder às seguintes questões orientadoras de pesquisa:

- Na opinião dos profissionais, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um modelo de Educação para a Saúde e que impacto tem na valorização do seu trabalho e nas suas relações laborais?
- Como é o PTS percebido pelos profissionais, como ferramenta de Educação em Saúde?
- Quais as diferenças entre os conhecimentos dos usuários sobre a sua condição de saúde antes e após a aplicação do PTS?

No que atende a estrutura da dissertação, esta dispõe de elementos pré-textuais e textuais apresentados no Sumário deste trabalho atendendo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), com algumas adaptações feitas pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, universidade esta que esta dissertação foi submetida para avaliação com objetivo de obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Educação.

Para essa dissertação foi definido os seguintes objetivos que atendem as questões definidas para esta pesquisa:

Objetivo Geral: Descrever os benefícios do Projeto Terapêutico Singular no processo de aprendizagem da saúde para o usuário/família e o impacto da intervenção na atividade laboral dos profissionais da saúde que integram a Unidade Básica do Município de Irecê-Ba.

Objetivos Específicos: 1. Descrever o Projeto Terapêutico Singular, as suas características e o âmbito da sua ação. 2. Verificar se o Projeto Terapêutico Singular (PTS), enquanto modelo de Educação para a saúde, atende as propostas do “HumanizaSUS”. 3. Identificar o conhecimento dos usuários sobre a sua condição de saúde antes e após a aplicação do PTS. 4. Pesquisar como os Profissionais de saúde percebem o PTS como forma de valorização do seu trabalho e se o entendem como uma oportunidade de melhorar as relações de trabalho e de trabalharem em consonância com o Sistema Único de Saúde (SUS). 5. Avaliar, através da entrevista focalizada, se o PTS consegue ajudar a enfrentar as situações de adoecimento em uma precária, dura e violenta condição social. 6. Indagar se o PTS contribui para fortalecer o vínculo com os usuários. 7. Verificar, na opinião dos profissionais de saúde, se o PTS é uma ferramenta válida de Educação em Saúde.

A metodologia aplicada será a pesquisa-ação. Os profissionais envolvidos nesse projeto em específico será uma psicóloga, a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família

(NASF), a equipe de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) (Enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e Agente(s) Comunitários de Saúde) ou um profissional/rede de serviço de outra área convidado a auxiliar no processo de análise do caso selecionado se for necessário. Os sujeitos dessa pesquisa serão os *Usuários ou famílias*, em situações mais graves ou difíceis de saúde, atendidos pela Unidade Básica de Saúde e *Equipe de Saúde* da UBS que atuará diretamente na aplicação do PTS.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Históricos da Educação em Saúde no Brasil

É necessária uma síntese das transformações ocorridas nas práticas da educação em saúde no Brasil desde o século XIX até a criação do Sistema Único de Saúde.

Segundo Silva e Outros (2010), a ideia de uma pedagogia higiênica organizou-se pela primeira vez no século XIX e atendia apenas a uma pequena parcela da população, a elite. Apenas no final do século XIX e início do século XX o Estado viu-se obrigado a realizar as primeiras intervenções de educação em saúde, ampliada a classe subalterna, justamente para combate de epidemias que ameaçavam os interesses do modelo agrário-exportador, pois os navios mercantes deixavam de fazer escalas nos portos brasileiros.

No início do século XX de acordo com Silva e Outros (2010), as práticas de saúde eram extremamente autoritárias, com o princípio de que cabia ao Estado a proteção da população sem levar em consideração os interesses individuais. Foi então criada no Brasil a Polícia Sanitária e suas ações eram baseadas no discurso de higiene introduzido através da força repressiva estatal com normas e medidas de saúde. .

Concordando com o pensamento de Alves e Aerts (2011) fica evidente que a educação em saúde no início do século XX, tinha como foco responsabilizar o indivíduo pelos seus problemas de saúde, transmitir o conhecimento e domesticar a população, que passaria a seguir as regras impostas pelos trabalhadores da saúde e pelos grupos dominantes.

Ainda segundo Silva e outros (2010), na década de 1920, com o fortalecimento econômico trazido pelo café, fez nesse período surgir uma nova concepção de serviços de saúde, denominada Saúde Pública, surgindo assim uma nova prática de educação em saúde, denominada educação sanitária, mas que inicialmente atendeu apenas a elite. Segundo Alves e Aert (2011) as responsabilidades referentes à educação e saúde foram divididas entre os trabalhadores da saúde e da educação, sendo que aos trabalhadores da saúde cabia desenvolver os conhecimentos científicos e aos educadores cabia desenvolver ações educativas capazes de transformar comportamentos, mas essa prática não levava em consideração os problemas da população, as ações não intervinham nas condições de vida, no ambiente e contexto do indivíduo, apenas na doença e essas foram às bases para estruturação dos serviços de saúde na década de 30.

Acompanhando o estudo apresentado por Silva e outros (2010), a partir de 30 com a Era Vargas, o governo se preocupou com a construção de um sistema previdenciário destinado a categoria dos trabalhadores, com a assistência médica individual, com o combate a doenças infectas contagiosas e parasitárias e com programas especiais (materno-infantil, pronto-socorro e saúde mental).

Na década de 40 estruturou-se o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que influenciou de maneira importante o desenvolvimento e participação comunitária, a educação de grupos e a reforma no currículo da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, introduzindo os fatores sociais, econômicos e culturais no processo de saúde-doença.

Após a Segunda Guerra Mundial, surgiu o desenvolvimento comunitário como forma de mobilizar a comunidade carente contra a miséria. A própria comunidade era treinada pelo governo para ser voluntários da saúde, como uma estratégia de criar mutirão de mão de obra gratuita para construção de postos de saúde e saneamento básico. Apesar da ampliação física dos serviços o fosso cultural e social não se reduziu e foi então que nas décadas de 50 e 60 a saúde se pautou numa ideologia modernizadora, que tinha por meta remover obstáculos culturais e psicossociais.

Porém em 1964, com o golpe militar, se reinstalou o primeiro modelo de saúde, e o regime autoritário da época levou a um total esvaziamento da participação social. A saúde imposta expandiu os serviços médicos privados, nos quais as ações educativas não tinham espaço significativo. Mas o próprio regime militar criou condições para uma série de experiências de educação em saúde, pois os movimentos populares começaram a crescer e se rearticular, a inflação elevada contribuía para que o Brasil fosse considerado um dos países com maior desigualdade social e uma crise na saúde foi inevitável, o descontentamento da população era geral e o governo brasileiro foi obrigado a se preocupar com problemas de saúde, habitação, educação e saneamento, e com a crise econômica instalada a medicina comunitária foi um modelo alternativo de assistência. Mas ainda, ao final da década de 70, se restringiam às questões de higiene e conscientização sanitária, assumindo, predominantemente, um caráter individualista, autoritário e assistencialista.

Na segunda metade da década de 80, culminado pelo advento da Nova República, pelas eleições indiretas e pela perspectiva de uma nova constituição, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em Brasília, foi considerada um marco pela reforma sanitária, pois dentre outras propostas trouxe um conceito ampliado de saúde, a qual é colocada como direito de todos e dever do estado o que permitiu que se moldasse as diretrizes do Sistema

Único de Saúde – SUS. Para Alves e Aert (2011), desde o início da década de 80, os caminhos da educação em saúde vinham sendo repensados, foram reorientados os enfoque das ações, baseados na compreensão da condição de vida da população sendo agora o trabalhador em saúde um facilitador do processo de aprendizagem.

Ainda sobre o estudo apresentado por Silva e outros (2010), sérios obstáculos foram criado para a implantação da reforma sanitária no momento de uma profunda instabilidade econômica, hiperinflação e crise fiscal do estado; mas apesar de inúmeras dificuldades, o Congresso Nacional aprovou, em 1990, a Lei Orgânica da Saúde, sendo formada pelo conjunto de leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990 e decorridas mais de duas décadas, o SUS enfrenta ainda grandes desafios para a sua implantação efetiva.

E apesar das contradições e alguns impedimentos de ordem prática, a população conquistou o direito à saúde e à participação social e, hoje, criam-se alternativas para que as diretrizes dos SUS (universalidade, equidade e integralidade) sejam efetivamente implantadas e alcancem o maior número de pessoas possível. A educação popular pode contribuir para transformação social e esta reconhece que os educandos são sujeitos construtores de seus conhecimentos e que essas construções partem, necessariamente, de suas vidas e da realidade em que estão inseridos. Partindo desse pressuposto, Alves e Aerts (2012) afirmam que as equipes de saúde enfrentam alguns problemas como a dificuldade de entendimento da linguagem e concepção de mundo das comunidades, mas é a educação que permite a superação do fosso cultural entre equipe e saúde, que liga os canais de interação entre eles e valoriza o conhecimento popular.

2.2 A Política Nacional de Humanização (Humanizausus)

De acordo com Barbosa e outros (2013), foi instituído no Brasil o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, que propõe aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário e dos profissionais entre si, e foi este programa que abriu espaço, para que em 2003, o Ministério da Saúde implantasse a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde que tem como princípios a transversalidade, a inseparabilidade entre a atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos coletivos.

Conselho Nacional de Saúde. A PNH é, portanto, uma política do SUS. Também chamada de HumanizaSUS. (PASCHE e et al, 2011, p 4542)

“Saúde como direito de todos e dever do Estado” é o que preconiza a Constituinte (Constituição da República Federativa do Brasil [CRFB], 2016, p 118). O direito a saúde foi uma conquista do povo brasileiro, em consequência dessa luta, todo brasileiro conta atualmente com o Sistema Único de Saúde (SUS), criado e regulamentado pelas leis nº 8.080/90 e 8142/90 para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. O SUS tem sido uma das maiores políticas públicas brasileiras de inclusão social e após quase 30 anos de sua criação, enfrenta desafios a serem superados para que aconteça a sua consolidação.

“Reformar, para forma de novo, para revolver o que já está demasiadamente estável e cristalizado” (PASCHE e et al, 2011, p 4542). Para estes autores o SUS está em constante mudança, reformando as práticas de saúde de acordo com os interesses e necessidades da sociedade brasileira e para tanto surge a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS), que tem como desafio superar as dificuldades que permanecem no SUS ao longo desses quase 30 anos, valorizando o sujeito que também se reconstrói, inserindo-o na gestão, no cuidado de si e dos outros e no processo de trabalho.

De acordo com Pasche e outros (2013) a PNH, emerge da convergência de três objetivos: enfrentar desafios quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; propor iniciativas de humanização do SUS e enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde. Na tentativa de se esclarecer o significado de Humanização dessa política, segundo Barbosa e outros (2013), ela está relacionada com o *cuidado com o usuário*, que deve receber uma abordagem integral e humana; com o *processo de trabalho*, enfrentando as condições de desvalorização, precarização e baixo investimento em educação; e finalmente com a *formação*, para ser possível lidar com o despreparo dos alunos para com a humanização das práticas. O ensino torna-se um aliado para uma política humanizada, que deve ocorrer com os profissionais de saúde no cotidiano do trabalho, via educação permanente e nos cursos de graduação em saúde buscando criar uma ponte entre a saúde, educação e trabalho.

A Política Nacional de Humanização (PNH) segue os princípios já mencionados e se traduz em diretrizes e dispositivos nos modos de operar no conjunto das relações entre todos que constituem o SUS, e são os dispositivos proposto pela PNH que irão promover as mudanças tão esperadas para consolidação do SUS. Baseando-se nas informações da Cartilha da PNH, alguns desses dispositivos são: Acolhimento com Classificação de Risco, Colegiados de Gestão, Programa de Formação em Saúde e Trabalho, Equipes de Referência e de Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular, Grupo de Trabalho de Humanização, entre outros.

... a PNH faz uso de algumas diretrizes para orientar/guiar a ação transformadora, a saber: a clínica ampliada, o acolhimento, a cogestão, a valorização do trabalho e do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários. Nessa lógica foram desenvolvidos vários dispositivos, que são arranjos materiais ou imateriais para que se potencialize um processo, sendo acionados na prática com vistas a promover mudanças nos modelos de atenção e gestão. (FREITAS e et al, 2013, p 654)

Parafraseando as orientações disponibilizadas pela Cartilha da PNH em sua 3ª edição de 2006, no percurso de construção do SUS, muitos foram os avanços, mas muitos são os problemas que persistem sem soluções e que exigem mudanças. O Brasil é um país de profundas desigualdades sociais, há uma desvalorização dos trabalhadores da saúde, precarização nas relações de trabalho, baixo investimento em educação permanente, pouca participação da gestão e frágil vínculo com o usuário; há um despreparo do profissional de saúde na prática com saúde pública e o modelo de gestão é centralizado e vertical. O cenário indica a necessidade de mudança na atenção e na gestão e para isso se implementou o “HumanizaSUS”, que através da humanização, valoriza-se os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. O que o Ministério da Saúde deseja por tanto, é um SUS humanizado, fortalecido, de todos e para todos.

O desafio é humanizar a atenção e a gestão do SUS e tem-se também como dispositivo para enfrentamento, o Projeto Terapêutico Singular, que se utiliza da educação como ferramenta para fortalecimento do SUS.

2.3 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Orientados pela Cartilha da PNH (2006), dentre os diversos dispositivos propostos pela Política Nacional de Humanização (PNH) para viabilização dos princípios e resultados esperados tem-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS) sob a proposta de humanizar vinculada com a reforma das modalidades clínicas, apostando no sujeito e na potencialidade do coletivo. As redes representam um dispositivo para a implantação da PNH e no caso deste projeto, a rede proposta para atuação serão as Unidade Básica de Saúde do Município de Irecê-BA.

Ainda de acordo com a Cartilha da PNH, o PTS nada mais é do que uma variação da discussão de "caso clínico". De acordo com Pinto e outros (2011), o projeto terapêutico tem como base as necessidades de saúde de cada usuário, família ou comunidade, não excluindo suas opiniões, seus sonhos e projetos de vida e a família é parte fundamental na terapêutica e convocá-la para assumir a responsabilidade do cuidado com o usuário em conjunto com a equipe de saúde vai exigir um direcionamento para as práticas, comprometimento e responsabilidade para um cuidado coletivo.

São a partir da demanda em saúde que são definidas propostas de ações, ou seja, o PTS é um dispositivo para prática em educação permanente. “O PTS é um movimento de coprodução e cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos em situação de vulnerabilidade, que necessita de uma construção coletiva envolvendo o profissional, a equipe de saúde, os usuários e a família. (LIMA, et al, 2014, p 3569).

Corroborando com Dorigatti (2014), para a construção do PTS, é preciso instituir os responsáveis pelo caso, definindo uma equipe ou um único profissional responsável pelas articulações necessárias à construção do PTS do portador. Este profissional discutirá com a equipe e familiares as necessidades dos pacientes, promoverá reuniões com a equipe e reavaliará as intervenções e as necessidades de atenção por meio de todos os serviços e instituições dentro da rede de saúde e fora dela.

No caso deste projeto, a autora é responsável pela parte gerencial do projeto, tendo como objetivo de trabalho apoiar as estratégias da UBS oferecendo cuidado global, a favor do paciente, possuindo conhecimento da rede de saúde e capacidade de otimização de recursos. A autora entra como um apoiador matricial.

Para Hori e outros (2014), o apoiador matricial é um especialista diferenciado das equipes das UBS, em termos de conhecimento e de perfil, contribuindo com saberes e intervenções que aumentem a capacidade resolutiva da equipe de saúde. As equipes das UBS

que atuam junto à população recebem apoio técnico em áreas específicas, o que permite um espaço de construção compartilhada para o suporte técnico-pedagógico e assistencial às equipes das unidades de saúde e resolutividade dos casos.

Segundo Pinto e outros (2011), um aspecto importante para a construção do PTS é seu alicerce nas tecnologias leves em saúde (acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia), que favorecem a adesão do usuário/família ao tratamento. Para o isso o profissional atua por meio de boa recepção, dos diálogos, da escuta acolhedora, da formação de vínculos afetivos, do estabelecimento de parcerias e da valorização do projeto de vida desses indivíduos.

Seguindo as orientações da Cartilha da PNH, o PTS se divide em quatro momentos: Diagnóstico, Definição de metas, Divisão de responsabilidades e Reavaliação. É bem simples de se realizar considerando que sejam escolhidos usuários e famílias em situações mais graves ou difíceis na opinião de algum membro da equipe. Para as reuniões para discussão do PTS devem se estabelecer o vínculo entre os membros da equipe com o usuário e a família; o tempo do PTS deve desfazer um viés imediatista que a cultura hospitalar imprimiu em usuários e familiares; e quanto às mudanças, enquanto ainda existir possibilidade de tratamento para uma doença, não é difícil provar que o investimento de uma equipe de saúde faz diferença no resultado.

A Cartilha da PNH propõe que o PTS esteja pautado como uma proposta de Clínica Ampliada, onde não só o médico faz a clínica, mas todos os profissionais da saúde, permitindo que trabalhadores e usuários enfrentem os problemas, trabalhem em equipe e aprendam coletivamente. Como estratégia de educação em saúde, onde toda a equipe, usuário e comunidade estão envolvidos, provavelmente os resultados da implantação desse projeto trarão resultados positivos, mas infelizmente parece ser pouco utilizado pela saúde pública, já que foram restritos os referenciais teóricos encontrados para construção dessa pesquisa e nas referências encontradas, o PTS foi aplicado em sua maioria no âmbito da saúde mental.

2.4 Teoria da Representação Social (TRS) nas Pesquisas na Saúde Pública

Segundo Oliveira (2000), em seus estudos, Serge Moscovice faz um regaste do termo Representações Coletivas proposto por Durkheim e se utiliza da Teoria da Representação Social baseando seus estudos na relação entre grupos, atos ou idéias (imagens) buscando compreender “como a produção de conhecimentos plurais constitui e reforça a identidade dos

grupos, como influi em suas práticas e como estas reconstituem seu pensamento” (pg. 181), ainda baseia seu estudo sobre o pensamento primitivo, senso comum e ciência, onde qualquer uma destas práticas mental é considerada como forma de representação, afirmando que estas práticas têm origem na sociedade, que representar é um processo de produção de conhecimento, além de que as representações não derivam de uma única sociedade, ultrapassando-a, como insistiu Durkheim, mas das diversas sociedades que existem no interior da sociedade maior, e, portanto, não podem ultrapassá-la.

Considerando a pesquisa de Gomes e Oliveira (2005), *A Representação Social da Autonomia Profissional do Enfermeiro na Saúde Pública*, os autores trouxeram a luz a evolução histórica da enfermagem exercida por mulheres que adotavam a submissão as ordens, objetivando mais a salvação da alma do que a salvação do corpo, até a formação da enfermagem com profissão; os autores também consideraram ainda todo seu processo de formação e o contexto científico que a enfermagem está inserida, definindo como referencial teórico a TRS no contexto da Psicologia Social, elucidando a importância na concepção do real e na forma como influencia o se relacionar com situações e experiências reais.

A pesquisa realizada pelos autores acima citados tinha como objetivos: 1. Descrever e analisar as representações sociais do papel profissional dos enfermeiros de saúde pública; 2) Analisar o binômio autonomia-dependência profissional dos enfermeiros nas atividades de atenção direta à clientela na rede básica de saúde.

As categorias analíticas foram constituídas a partir de três dimensões nas quais as representações sociais se expressam: os conceitos, os posicionamentos e as práticas de autonomia profissional. A conclusão do estudo informa que a autonomia do profissional em enfermagem se torna concreta na prática, na realidade do cotidiano vivido pelo profissional, considerando ainda que a autonomia do profissional esteja ligada ao que é específico da profissão sem se deixar de se apropriar de práticas e saberes de outras áreas.

Herzlich (2005) em seu artigo, *A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença*, partindo do Conceito de Representação Social dispõe a rever os modos pelos quais os fenômenos da saúde e da doença se moldaram ao longo dos tempos.

A autora achou essencial estudar as representações de saúde e doença fora dos modelos médicos, conforme são percebidos pela sociedade, dirigindo sua análise para o

funcionamento do entendimento cotidiano do coletivo. No domínio da doença e da relação com o corpo, a autora elucida que o saber dos doentes está diretamente relacionado com o saber do médico e como a forma que o sujeito doente apreende sua condição. Avalia-se e compara o contexto histórico das variadas épocas na saúde para entender o contexto atual e através do discurso do paciente adoecido, entende-se a representação do sujeito; Segundo a autora, a importância da doença, saúde, corpo, etc. vêm aumentando ao longo dos anos e para a sociedade a saúde ocupa um lugar de destaque.

2.5 Aplicação do PTS e sua relação com a Teoria da Representação Social (TRS).

Na busca de se questionar a crença do senso comum de que a aprendizagem acontece de uma maneira formal, de uma “fonte de saber”, que aqui em específico é o profissional de saúde, para um “indivíduo vazio”, os usuários das Unidades Básicas, é que o PTS surge como estratégia de educação.

Através do estudo do Projeto Terapêutico Singular, percebe-se que a aprendizagem se apresenta numa perspectiva diferente do processo de ensino aprendizagem que muitas vezes é explicado e investigado principalmente por teorias cognitivas e de desenvolvimento da psicologia.

Segundo Chaib (2015) existem várias teorias que estudam a maneira pela qual as pessoas lidam com o conhecimento, o distribuem e o representam e a Teoria das Representações Sociais (TRS) é uma alternativa de explicar os processos de aquisição do conhecimento, ensino e aprendizagem, sob uma perspectiva de complementar as teorias dominantes da aprendizagem: o behaviorismo, o cognitivismo e o construtivismo social.

São em estudos descentrados sobre as práticas de aprendizagem, que há muito a ser aprendido sobre a produção histórica do mundo social, e porque não também da produção histórica da educação em saúde? Portanto, também fazendo uma relação do PTS com a proposta de Lave (2015) quando apresenta em seu artigo a Teoria da Prática Social, ele afirma que há ainda muito a ser aprendido ao se olhar para as questões sociais, culturais, político-econômica, começando através da pergunta de como as pessoas aprendem – não apenas da

maneira formal aplicadas nas escolas, mas através de como os sujeitos tomam parte na mudança da participação nas práticas em mudança que as produzem.

O Projeto Terapêutico Singular é uma proposta de Educação em Saúde pautada em um atendimento humanizado para os usuários do serviço de saúde. Os profissionais das Unidades Básicas de Saúde e os usuários/famílias atendidas, são responsáveis pelo desenvolvimento do processo de aprendizagem e entender quem são esses sujeitos, profissionais e usuários, e como acontece o desenvolvimento da aprendizagem e de como os sujeitos tomam parte na mudança da participação nas práticas em mudança que as produzem, pode se dar através dos estudos da Teoria das Representações Sociais (TRS), proposta por Serge Moscovici.

A TRS teve seu início na França, na década de 50, quando o psicólogo social Serge Moscovici buscou entender como a psicanálise, um novo saber especializado, era compreendido pela sociedade francesa naquela época. A partir desse estudo, ele conseguiu compreender como um objeto científico torna-se objeto do senso comum. Este trabalho foi levado publicado em sua obra “A psicanálise, sua imagem e seu público”, que lhe concedeu o título de “criador da teoria das representações sociais.” (SILVA e. et al, 2011, pg 948.)

De acordo com Oliveira (2000), Serge Moscovici é romeno, naturalizado francês, autor de relevância para a psicologia (seu campo de formação e atuação), para história e as ciências sociais e desde o final dos anos de 1950 e início da década de 1960, preocupou-se com os mesmos temas: o processo social de produção de conhecimento, a definição de sociedade e a discussão em torno das representações sociais. Seu interesse não era apenas em compreender como o conhecimento é produzido, mas principalmente analisar seu impacto nas práticas sociais e vice-versa.

Corroborando com Oliveira (2000) inicialmente, Moscovici buscou entender como a psicanálise, um novo saber especializado, era compreendido pela sociedade francesa naquela época, mas ele não parou por aí, ele quis compreender como a produção de conhecimentos plurais constitui e reforça a identidade dos grupos, como influi em suas práticas e como estas reconstituem seus pensamentos.

O autor ainda apresenta as diferenças de conceito entre Durkheim e Moscovici a respeito das Representações Sociais e a substituição do termo Representações Coletivas

proposta por Durkheim por Representações Sociais proposto por Moscovici que marcou a diferença entre os dois estudiosos. Olivera (2000) ainda afirma que é difícil trazer à luz a diferença entre os conceitos, mas em síntese a essa problemática Moscovici acabou por demonstrar que as representações não derivam de uma única sociedade, ultrapassando-a, como insistiu Durkheim, mas das diversas sociedades que existem no interior da sociedade maior, e, portanto, não podem ultrapassá-la.

Segundo Jodelet (2011) os estudos brasileiros utilizam a Teoria das Representações Sociais (TRS) como um instrumento para um melhor conhecimento da realidade social em diversos campos, também nos campos da educação e da saúde, permitindo uma melhora na forma de intervenção nesses diversos contextos.

Então, pensar o PTS através da Teoria das Representações Sociais, conhecendo a história pessoal, social e cultural dos usuários/famílias atendidas pelo PTS que esteja em situações mais graves ou difíceis de saúde, ou seja, conhecer a representação social do sujeito doente permitirá em implicações para o processo de aprendizagem do cuidado em saúde, vendo o sujeito de maneira integral, não apenas com o olhar voltado para a doença.

As representações sociais estão presentes na cultura, nos processos de comunicação e nas práticas sociais, sendo, portanto, difusos, multifacetados e em constante movimento e interação social. As representações possuem como materiais fundamentais de estudo, as opiniões verbalizadas, as atitudes e os julgamentos individuais e coletivos, fazendo parte de um olhar consensual sobre a realidade. (GOMES e OLIVEIRA, 2010, Pg. 609)

Seguindo as orientações da Cartilha da Política nacional de Humanização (2006), a aplicação do PTS contempla em seu conteúdo ações distribuídas em quatro etapas: (1) Diagnóstico; (2) Definição de Metas; (3) Divisão de responsabilidades; (4) Reavaliação.

Importante ressaltar que todas as etapas desse projeto, o processo de educação se faz presente, busca incluir a todos, seja equipe de saúde, seja família do usuário, de forma que a partir de uma perspectiva coletiva todos se percebam como agente de mudança no processo da aprendizagem, sem que se perca o foco do indivíduo, conforme sugere a Teoria das Representações Sociais.

Anterior à implantação do Projeto, é importante se fazer a sensibilização das equipes de saúde das UBS, para que estas saibam a importância e objetivos que se pretende alcançar. Também neste momento, busca-se sensibilizar e integrar a equipe de forma que haja maior envolvimento na iniciativa de consolidar o projeto, bem como selecionar a família ou usuário que será contemplado a participar. A sensibilização da equipe perpassa pela **primeira fase** de educação em saúde desse projeto, a partir do momento que se discute junto com a equipe sua aplicabilidade, o funcionamento, os pontos positivos, as etapas, etc.

Já com o Projeto de Intervenção apresentado à equipe e com o caso escolhido por eles, é dado início a primeira etapa do PTS, o **Diagnóstico**, onde se realiza uma avaliação orgânica, psicológica e social do usuário selecionado. A **segunda fase** do processo de educação em saúde é garantida buscando-se conhecer o contexto global em que equipe e usuário estão envolvidos, considerando as características do sujeito escolhido, apreendendo as imagens, estereótipos, atitudes e conflitos do processo de representações que antecede a participação ativa desse sujeito no PTS, para posterior comparação das possibilidades de aprendizagem que o projeto oferece.

Na etapa 2, uma vez que se levantou o diagnóstico, se estabelece a **Definição de Metas**. Faz-se propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o usuário. Nessa **terceira fase**, todas as propostas levantadas buscam levar a informação ao usuário e seus familiares, estendendo o processo de educação para além da equipe de saúde.

Na etapa 3, **Divisão de Responsabilidades**, as tarefas de cada um dos membros da equipe de saúde são definidas: Nesta **quarta fase**, entende-se que os cuidados com a saúde não é imposta para usuário e seus familiares, as responsabilidades são divididas e o usuário e a família são orientados quanto à doença e tratamento; o processo de educação em saúde é ampliado. Compreender o sujeito de forma global e ainda permitir que ele se compreenda dessa maneira faz com que o usuário se implique de maneira positiva no seu processo de saúde e se sinta parte integrante em todo seu contexto biopsicossocial.

A etapa 4, **Reavaliação**, é o momento em que se discutiu a evolução e são feitas as devidas correções de rumo. É também um momento em que os profissionais que atuam diretamente no trabalho com o paciente e seus familiares, levantaram suas considerações pessoais e contribuições desse projeto num nível geral, onde equipe da UBS, redes parceira,

usuário e família, trabalham em conjunto em prol da saúde. Nesta quarta fase e **quinta etapa** do projeto, perceber-se que o saber transmitido não vem apenas de um profissional, que ele considera o contexto global do indivíduo e também leva em consideração o saber do usuário e da família, de maneira que todos se sintam parte importante do projeto.

As etapas e as fases que perpassam o PTS é a possibilidade de se ver a aprendizagem como uma relação na prática. Segundo Lave (2015):

...a cultura produz aprendizagem, mas aprender também produz cultura. Aprender na prática envolve aprender a fazer o que você já sabe e fazer o que você não sabe, iterativamente, ambos ao mesmo tempo. Tais relações, múltiplas e contraditórias, são todas, juntas e ao mesmo tempo (LAVE, 2015, pg 5)

Em defesa a Teoria das Representações Sociais Chaib (2015) afirma que a educação atual é muitas vezes realizada em ambientes multiculturais e subculturais. A interação e a comunicação do grupo estão implicitamente incluídas nas principais teorias de aprendizagem, mas elas não são explicitamente consideradas como elementos explicativos, ao contrário da teoria das representações sociais.

E é considerando os diferentes contextos em que o indivíduo está inserido que ainda segundo Chiab (2015), na perspectiva da teoria das representações sociais, aprender uma relação social estabelece uma comunicação entre quem ensina e aprende, constituindo uma relação didática entre quem ensina, quem aprende, com o que se precisa aprender.

Ilustrando tal situação com o PTS: Um usuário da UBS, que apresente uma situação grave de saúde ou de difícil resolução, na maioria das vezes recebe as orientações clínicas de cuidado com a saúde sem que o profissional de saúde leve em consideração, por exemplo, o nível de escolaridade do sujeito e use de uma linguagem médica em suas orientações. A maneira que a linguagem é utilizada impede que o paciente consiga lidar com a tarefa de aprendizagem com a saúde. O PTS tem como uma de suas estratégias quebrar as barreiras que porventura venham distanciar as relações no processo de educação em saúde e finalmente teorias e princípios de aprendizagem básica para a prática de educação em saúde vão sendo estabelecidas em cada etapa do Projeto.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Esta dissertação utilizou-se da pesquisa de natureza qualitativa, exploratória, mediatizada pela metodologia da pesquisa-ação, em função da natureza do objetivo descritivo, participante e transversal. Seu caráter descritivo busca entender o PTS - Projeto Terapêutico Singular, como estratégia de educação em saúde, descrevendo essa experiência nos mínimos detalhes, o que torna o enfoque qualitativo mais apropriado.

Segundo Driessnack, Sousa e Mendes (2007), uma característica particular da pesquisa qualitativa é a que o pesquisador também é considerado um instrumento da coleta de dados e os dados resultantes são principalmente palavras ou descrições narrativas. No que se refere à Pesquisa-ação, ela não representa um desenho específico de pesquisa qualitativa propriamente dita, e os pesquisadores que usam estes desenhos relacionados à metodologia de pesquisa qualitativa, geralmente abordam conhecimento baseado em pressupostos qualitativos.

Conceituando a pesquisa-ação, que também é uma metodologia relacionada à pesquisa qualitativa:

A pesquisa participativa ou pesquisa de ação participativa (PAP) surgiu da teoria crítica e é focada no propósito de mudança na prática através do processo de pesquisa. PAP envolve tanto pesquisadores como participantes. Este tipo de estudo é normalmente utilizado para criar uma agenda de ação para mudança de grupos marginalizados ou que costumavam se manter em silêncio. (DRIESSNACK, e et al, 2007, p. 5)

Historicamente o estudo qualitativo está presente nas investigações de natureza social, teve sua importância minimizada devido à forte influência das metodologias quantitativas, mas a abordagem qualitativa tem lugar assegurado como uma forma de pesquisa. Para Pereira (2004), a pesquisa qualitativa permite que se utilize de referenciais teóricos menos restritivos e com maior oportunidade de manifestação para a subjetividade do pesquisador e assim como num estudo quantitativo, ambas podem interessar-se por qualquer objeto e são metodologias objetivas.

Considerando que esta dissertação trata de uma estratégia de educação na área de saúde, Taquette e Villela (2017) nos afirmam que as investigações de natureza qualitativa podem alcançar grandes resultados em pesquisas na área da saúde, apesar de sua utilização ser

tímida, principalmente pelo profissional médico, que também são minoria dos pesquisadores científicos na área da saúde. Taquette e Villela (2017) também afirmam que artigos de cunho qualitativo acontecem pelo reconhecimento da relevância das questões sociais, psicológicas e subjetivas no desenvolvimento das doenças e a consciência dos sujeitos sobre seus direitos, associados à pressão para que sejam ouvidos na solução dos seus problemas.

Portanto, ao levar-se em conta o contexto biopsicossocial do sujeito, a proposta do PTS é que todos se impliquem no processo de saúde, e no que se referem à pesquisa-ação, de acordo com Jesus, Vieira e Effgesn (2014), estes afirmam que essa metodologia exige a participação plena de todos os envolvidos e será a partir da reflexão-crítica das tensões presentes no campo investigado que possibilitará que os pesquisadores coletivos produzam conhecimentos, novos pensamentos e atitudes.

3.2 Local

O município de Irecê é um município brasileiro, localizado a 478 km da cidade de Salvador, capital do estado da Bahia, Brasil. O município de Irecê fica na zona fisiográfica da Chapada Diamantina Setentrional, abrangendo toda a área do Polígono das Secas. Pertence à bacia do São Francisco, sua economia é baseada na produção agrícola de policultura, na pecuária e no comércio local, tornando-se um grande pólo de prestação de serviços.

Quanto à saúde, os dados cedidos pela coordenação da Atenção Básica do Município de Irecê no ano de 2016, existem um Hospital Municipal – Josefa Sobral, um Centro de Especialidades Odontológicas - CEO, uma Unidade de Pronto Atendimento - UPA, uma Casa de Parto, um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e vinte e uma Unidades Básicas de Saúde - UBS, distribuídas na sede e distritos. A maioria das unidades conta com um consultório odontológico e elas trabalham em rede com os demais espaços da saúde pública e assistência social.

As Unidades Básicas de Saúde estão distribuídas pelas mais diversas áreas do município e cada uma delas contam com uma equipe de enfermeiro, médico, odontólogo, técnico em enfermagem, vacinadora, recepcionista, auxiliar de serviços gerais e agentes comunitários de saúde (ACS). Para os cargos que exigem o nível superior, cada unidade conta com um profissional de cada área, para os demais cargos pode haver mais de um profissional

da mesma área, variando de acordo com o quantitativo da população e o território da área de abrangência da UBS.

O PTS será desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Edição Ribeiro do Santos, mais conhecida pela UBS do Auto do Moura, nome do bairro onde se localiza. O equipamento dispõe de recepção, farmácia básica, consultórios médico e odontológico, além de salas de imunização, curativos e esterilização.

3.3 Desenho da Pesquisa

O Desenho de pesquisa dessa dissertação, além das etapas metodológicas, seguirá as orientações da Cartilha da Política Nacional de Humanização (2006), onde a aplicação do PTS contempla em seu conteúdo ações distribuídas em quatro etapas: (1) Diagnóstico; (2) Definição de Metas; (3) Divisão de responsabilidades; (4) Reavaliação.

O Desenho da Pesquisa será distribuído em quatro etapas: *Procedimentos Iniciais*, *Coleta de Dados*, *Intervenção* e *Análise de Dados*.

Procedimentos Iniciais (duração de dois meses): 1. Anterior à implantação do PTS, faz-se a sensibilização da Equipe de Saúde da UBS, para que esta conheça de maneira efetiva o que é o PTS e seus objetivos. 2. Seleção da família ou usuário que participarão da aplicação do PTS. 3. Construir o roteiro da entrevista e realizar o pré-teste. 4. Selecionar os entrevistados.

Coleta de dados (duração de um mês): Realizar entrevistas individuais antes da aplicação do PTS, transcrever e enviar por e-mail as entrevistas e receber a aprovação dos entrevistados por email.

Intervenção (duração de dois meses): Já com o PTS apresentado à equipe e com o caso escolhido por eles, é dado início a primeira etapa do PTS, o **Diagnóstico**, onde se realiza uma avaliação orgânica, psicológica e social do usuário selecionado. Na segunda etapa, uma vez que se levantou o diagnóstico, se estabelece a **Definição de Metas** e faz-se propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o usuário. Na terceira etapa, **Divisão de Responsabilidades**, as tarefas de cada um dos membros da equipe de saúde são definidas. A quarta etapa, **Reavaliação**, é o momento em que se discute a evolução e são

feitas as devidas correções de rumo. É também um momento em que os profissionais que atuam diretamente no trabalho com o paciente e seus familiares, levantaram suas considerações pessoais e contribuições desse projeto num nível geral, onde equipe da UBS, redes parceira, usuário e família, trabalham em conjunto em prol da saúde.

Análise dos dados (duração de três meses): 1. Realizar entrevistas individuais depois da aplicação do PTS, transcrever e enviar por e-mail as entrevistas e receber a aprovação dos entrevistados por email. 2. Ler as entrevistas transcritas e aprovadas. 3. Interpretar os dados, fazendo uma análise do conteúdo.

3.4 Sujeitos da Pesquisa

Na pesquisa qualitativa os participantes são selecionados propositalmente pelas suas experiências com relação ao fenômeno de interesse, ao contrário da seleção ou amostragem aleatória de uma população maior. Os dados dos participantes selecionados são considerados ricos em detalhes e freqüentemente são referidos como descrições densas ou pesadas. Tamanhos típicos de amostras variam desde alguns poucos até 30 participantes, o que é bastante diferente das amostras quantitativas que normalmente demandam um número maior de participantes baseados em análise de poder. O poder em pesquisa qualitativa está na riqueza da descrição e detalhes de experiências específicas, processos sociais, culturas, e narrativas.(DRIESSNACK, e et al, 2007, p. 5)

Para aplicação do Projeto Terapêutico Singular os sujeitos da pesquisa são: *Usuário e família do usuário*, em situação mais grave ou difícil de saúde, atendido pela Unidade Básica de Saúde, que será selecionado pela própria equipe de saúde, que acompanha o usuário e conhece de forma detalhada esse sujeito e *Equipe de Saúde da UBS* que atuará diretamente na aplicação do PTS e equipe do NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

Para essa pesquisa em específico foi selecionado um paciente diabético insulínico e sua genitora, também diabética, mas acometida pela diabetes tipo I. A UBS não dispõe de ACS para área onde o usuário reside, a médica e o enfermeiro ficaram como representante da equipe de saúde da UBS e apenas a médica atuará diretamente na aplicação do PTS desde o início até o final da pesquisa, pois o quadro de enfermeiros das UBS sofreu duas alterações durante a pesquisa. A equipe do NASF (psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e farmacêutico) será a extensão de equipe multidisciplinar que auxiliará no PTS a partir da etapa de Definição de Metas.

3.5 Instrumentos de Recolha de Informação

Para esta pesquisa, os instrumentos de Recolha de Informação que serão utilizados são: a observação participante e a entrevista.

Os instrumentos de recolha de informações definem a validade da pesquisa científica, e os instrumentos utilizados em pesquisas qualitativas estão sujeitos a discussões devido à crença de que sejam pouco confiáveis e por demais subjetivos, fazendo uso deles de forma menos rigorosa.

Os métodos usados em desenhos qualitativos são menos estruturados do que os desenhos quantitativos e incluem principalmente múltiplas entrevistas em profundidade, observação participativa, diários escritos, descrições narrativas e grupos focais. (DRIESSNACK, e et al, 2007, p. 5)

Quando se trata da validade em pesquisa qualitativa, Ollalk e Ziller (2012) afirmam que a concepção de validade assume forma distinta da validade em pesquisa quantitativa, pois os métodos se diferenciam e as escalas de medição não se aplicam a métodos qualitativos, sendo necessária a compreensão da validade buscando descrever e compreender um fenômeno, e não explicá-lo ou fazer previsões. A validade em pesquisa qualitativa está mais fortemente relacionada com a responsabilidade no tratamento das informações obtidas e nas decisões do pesquisador, envolvendo intensa preocupação ética e seu impacto está na interação entre pesquisador e participantes, e de sua posterior atitude quotidiana transformada pelo processo de pesquisa.

Ollalk e Ziller (2012) ainda afirmar que existem várias técnicas e métodos para verificar a confiabilidade que verificam a qualidade de uma pesquisa qualitativa por sua transparência, sua coerência e sua comunicabilidade, as quais construiriam a justificativa das interpretações, que dependem fundamentalmente do contexto e da lógica científica subjacente a cada concepção.

3.5.1 Observação Participante

O dicionário registra diferentes significados para Observação, tais como: 1. ato ou efeito de observar (-se); 2. Cumprimento, prática de lei, norma, etc.; 3. Exame de fenômeno,

fato, etc.; 4. Registro escrito ou oral que resulta de exame ou estudo; 5. Palavras de advertência (Ferreira, 2005).

Hillesheim e outros (2009) percebem o conceito de observação entrelaçado a pesquisa se constituindo com diferentes práticas, como, por exemplo: os registros, leis, normas, exame, advertência, etc., produzindo diversas formas de verdade. Os autores acima citados afirmam que o arranjo moderno da ciência estabelece que pesquisador e objeto estejam colocados em diferentes posições, mas deve-se perceber o pesquisador como o agente da ação de pesquisar, sem que haja uma soberania do pesquisador sobre o objeto e para afastar as sensações vagas, deve se delimitar o procedimento, traçando um objetivo limitado, mas é preciso que também não se deixe de considerar tudo que envolve o objeto da pesquisa, sem se preocupar com a essência do que foi observado, mas com o acontecimento.

Quando se fala em Observação Participante, Fernandes e Moreira (2013) afirmam que ela sistematizou-se por intermédio do polonês radicado na Inglaterra Bronislaw Kasper Malinowski, através da sua investigação realizada entre 1914 e 1918 junto aos nativos e a partir da década de 50 foi crescendo a influencia e a utilização desse instrumento, sob discussões teórico-metodológicas que ora pregavam o frio distanciamento do pesquisador, ora defendiam o caloroso contato e a interação com os sujeitos observados.

Atualmente, pensa-se ser possível afirmar de forma sintética que a observação participante se caracteriza pela promoção de interatividade entre o pesquisador, os sujeitos observados e o contexto no qual eles vivem. A pesquisa dita qualitativa – e dentre todas as suas técnicas, em particular, a observação participante – obriga o pesquisador a lidar com o “outro”, num verdadeiro exercício constante de respeito à alteridade. Pressupõe convívio e intercâmbio de experiências primordialmente através dos sentidos humanos: olhar, falar, sentir, vivenciar, experimentar. (FERNANDES e MOREIRA, p. 518, 2013)

Pode-se concluir que a Observação Participante, como técnica empregada na pesquisa qualitativa, é uma estratégia onde o pesquisador envolve os participantes em todo desenho da pesquisa, e assim como preconiza o SUS, para aplicação do PTS, onde todos os sujeitos se implicam no processo saúde e doença, seja ele usuário/equipe de saúde, a Observação Participante é instrumento indispensável para o estudo desse projeto, instrumento esse que para coleta de dados se utiliza de vários recursos como: um roteiro de campo, um diário de

campo, informante-chave, para coleta e análise de informações e dados, inclusive recursos tecnológicos como gravadores ou câmera.

3.5.2 Entrevista

Fraser e Gondim (2004) asseveram que na pesquisa científica, a entrevista é utilizada principalmente como fonte de coleta de dados e as suas vantagens como técnicas de pesquisa na pesquisa qualitativa estão em estabelecer a relação intersubjetiva, permitir uma melhor compreensão dos significados, valores e opiniões, além da flexibilização dos resultados, vista a interferência do entrevistado.

Para esta pesquisa a *modalidade da entrevista* se refere aquela em que entrevistador e entrevistados se encontram um diante do outro e estão sujeitos às influências verbais e não-verbais; em relação a sua *estruturação* se utilizará da entrevista semi-estruturada; e o objetivo da entrevista como técnica para esta pesquisa é fazer uma comparação do conhecimento adquirido pelo o usuário/família sobre sua condição de saúde antes, e depois da aplicação do PTS, considerando as representações do profissional de saúde e do usuário/família.

Tratando-se ainda dessa pesquisa em específico, a escolha da entrevista como instrumento de recolha de informação se dar pelo desejo de analisar uma proposta de Educação em Saúde tipificada pela PNH elaborada pelo Ministério da Saúde para ser adotada a nível nacional pela rede de saúde em todos os municípios brasileiros.

Fazendo uma investigação numa UBS do município de Irecê-Ba, deseja-se coletar indícios do modo com os sujeitos da pesquisa percebem e significam sua realidade e as relações que se estabelecem no grupo. Em geral, esses tipos de informações são mais difíceis de obter com outros instrumentos de coleta de dados, e por isso a entrevista é o instrumento indicado que torna também pertinente associá-la a observação participante.

Segundo Duarte (2014) a polêmica da entrevista ser um instrumento de recolha de informação pouco confiável, talvez seja pela ausência de detalhes dos procedimentos adotados no uso e na análise do material escolhido, por isso além da elaboração cuidadosa das perguntas, o planejamento do momento de aplicação também é importante, devendo o

pesquisador ser pontual e devendo também fazer a escolha de roupas neutras no momento da entrevista, sem mensagens escritas que sugiram algum ponto de vista. Outra questão relevante está na análise da entrevista, devido ao cuidado com a interpretação, que está muito interligada a subjetividade, devendo ser admitida e controlada pelo pesquisador; e a transcrição deverá ser cuidadosa e realizada logo depois de encerradas de preferência por quem as realiza, para ser o mais fidedigno possível.

3.6. Procedimento e Análise de Recolha de Dados

3.6.1 Processo de Elaboração da Pesquisa

Descrever o Processo de Elaboração de Pesquisa permite uma primeira visão dos passos envolvidos na elaboração de uma dissertação de mestrado de maneira a mostrar as ligações estabelecidas entre a instituição de ensino, aluno, orientador, banca etc.

Segundo Moreira (2001) uma dissertação de mestrado é um documento escrito, baseado numa pesquisa científica que gira em torno de informações sob as regras da metodologia científica que segue algumas etapas:

O **Pré projeto de pesquisa** é o momento inicial onde se expressam as dúvidas e necessidades de informação do pesquisador, escrita numa média de vinte a trinta paginas apresentando o Problema de Pesquisa, Objetivos, Justificativa, Metodologia e Bibliografia Inicial. A construção do pré-projeto dessa dissertação foi escrita pela pesquisadora durante o período de 10 abril de 2014 até 28 de novembro de 2015, em que cursou disciplinas ao longo do programa de mestrado. Esse período é considerado a primeira etapa do mestrado.

O **Projeto de Pesquisa** dessa dissertação foi intitulado como: Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Educação em Saúde. Foi realizada apresentação oral no dia 05 de abril de 2016 para conclusão da primeira etapa do mestrado, onde a pesquisadora foi aprovada com média 8.0, conferindo-lhe o título de especialista em Políticas Públicas e Contextos Educativos.

Após a aprovação, a consolidação do Projeto de Pesquisa se deu com a indicação feita pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de um(a) professor(a) orientador(a) para então dar-se início a construção do **Projeto de Qualificação**, permitindo uma coleta de dados que permite o desenvolvimento final da dissertação.

Segundo Souza e outros (2013), quando une-se os termos pesquisa e ciência, criam-se um novo conceito: pesquisa científica, que eles definem como um conjunto de ações propostas para encontrar a solução para um problema de modo sistemático, através de procedimentos científicos. Ainda segundo os autores, uma pesquisa é realizada quando se tem um problema e não se tem informações para solucioná-lo.

A construção desta pesquisa científica se deu nos anos de 2016 e 2018, sob o tema PROJETO TERERAPÊUTICO SINGULAR COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE tendo sua problemática envolvida na seguinte Pergunta de Partida:

Como estratégia de Educação em Saúde, quais os benefícios do Projeto Terapêutico Singular, no processo de aprendizagem do usuário e/ou da sua família do usuário, e na valorização do trabalho dos profissionais de saúde numa Unidade Básica do Município de Irecê-Ba?

3.6.2 Análise de dados

É durante a análise de dados que é realizada a análise e qualificação dos resultados durante a observação participante e entrevistas realizadas com usuário/família do usuário e as equipes da UBS e do NASF envolvidas.

Na análise feita anterior a aplicação do PTS, observa-se que os usuários selecionados, mãe e filho, com diagnóstico de diabetes trazem um repertório restrito de conhecimento sobre a doença, de maneira que só se percebem com a doença em situações de piora do quadro. As limitações materiais, o quadro de exclusão social, atuam como fator principal para não adesão do tratamento, pois mesmo o acesso gratuito a medicação, fornecida pelo governo, é necessária uma dieta balanceada, que os usuários afirmam não ter condições financeiras para segui-la.

Desde quando o usuário U1 foi diagnosticado com diabetes que o CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial (trabalhar as necessidades do paciente com algum transtorno mental, nesse centro o paciente pode passar todo o dia, de segunda a sexta, das 8:00 as 17:00 hs, dispondo de atendimento médico, terapias, refeições e local para descanso) oferece acompanhamento clínico para controle da diabetes e alimentação balanceada e diferenciada

para o usuário, além dos serviços já ofertados, mas o usuário se mostrava resistente e se irritava com as intervenções. Aos poucos foi deixando de frequentar o CAPS, indo ao centro esporadicamente para buscar a medicação.

O vínculo com a UBS é frágil, pouco conhecem sobre o funcionamento e equipe de atuação da Unidade. Não há um trabalho preventivo para evitar o agravamento da doença e a Equipe de saúde dispõe de informações incompletas sobre o usuário, priorizando informações da condição biológica do sujeito.

3.6.3 Análise das etapas do PTS

Foram entrevistados dois usuários, membros de uma mesma família, que são atendidos pela Unidade Básica de Saúde onde ocorreu esta pesquisa e cinco profissionais de saúde, quatro deles compõem a equipe do NASF e um compõe a equipe da UBS.

As entrevistas foram transcritas, as respostas definem quem são os sujeitos, sua realidade, revelam suas dificuldades, desejos e os benefícios do Projeto Terapêutico Singular.

Juntamente com a entrevista a observação participante foi capaz de responder o grande objetivo desta pesquisa que é descrever os benefícios do Projeto Terapêutico Singular no processo de aprendizagem da saúde para o usuário/família e o impacto da intervenção na atividade laboral dos profissionais da saúde que integram a Unidade Básica do Município de Irecê-BA.

U (usuários):

U1: Sujeito de baixa renda, sexo masculino, 33 anos, beneficiário do BPC – Benefício de Prestação Continuada (por ser acometido de transtorno mental, fazer uso de medicação controlada e acompanhamento contínuo com médico psiquiatra), diabético tipo II, pardo e com ancestrais analfabetos, cursou o Ensino Fundamental I (incompleto). Acompanhado pela UBS do bairro onde reside, a principal dificuldade de adesão ao tratamento é a baixa condição social.

U2: Sujeito de baixa renda, sexo feminino, 55 anos, diarista/trabalhadora rural, diabética tipo I, pobre, negra e com ancestrais analfabetos, cursou o Ensino Fundamental I

(incompleto). Acompanhada pela UBS do bairro onde reside, a principal dificuldade de adesão ao tratamento é a baixa condição social.

P1: Profissional de saúde do nível superior (médica) que compõe a equipe de saúde da UBS onde foi realizada a pesquisa, 30 anos, parda, classe média. Foi a profissional da UBS que teve a possibilidade de acompanhar todo o desenvolvimento do PTS.

P2, P3, P4, P5: Profissionais de saúde do nível superior (fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista, farmacêutico) que compõe a equipe do NASF, média de idade entre 22 e 37 anos, todos de classe média, que dentre suas várias atribuições como profissionais do NASF, oferecem suporte nas atividades realizadas nas UBS do município de Irecê e participaram portanto das ações definidas na segunda fase do PTS.

UBS: A Unidade Básica de Saúde onde foi realizada a pesquisa dispõe de um excelente espaço físico, atendendo as normas do Ministério da Saúde, mas sua equipe de saúde está incompleta, havendo troca de gestor (enfermeiro(a)) da UBS por duas vezes durante a pesquisa, o que dificulta a formação de vínculo com o usuário e demais profissionais, necessitando da completude e estabilidade do quadro de funcionários para melhor desenvolvimento das atividades.

NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família é composto por uma equipe multidisciplinar, que atua de maneira integrada e apoiando os profissionais das UBS, bem como para toda Atenção Básica, para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde. Depois de transcritas as entrevistas iniciam-se a análise delas e dos dados levantados conforme tabelas abaixo

Tabela 1. 1ª fase – Diagnóstico: Apresentação dos Sujeitos

Sujeitos	Escolaridade	Profissão	Idade	Condição Social	Doença
U1	Fundamental I Incompleto	Beneficiário do BPC	33 anos	Baixa renda	Diabetes tipo I e Transtorno Mental
U2	Fundamental I Incompleto	Diarista e Trabalhadora Rural	55 anos	Baixa renda	Diabetes tipo II
P1	Nível Superior	Médica	30 anos	Classe média	-
P2, P3, P4, P5	Nível Superior	Fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista e farmacêutico	22-37 anos	Classe média	-

Levando em consideração as especificidades de cada usuário, o usuário U1, tem o diagnóstico de diabetes do tipo 2, necessitando de aplicações diárias de insulina, mas pelo medo de agulha, não faz o uso contínuo da medicação, não entende de que forma a medicação atua no organismo, deixando para realizar as aplicações na piora do quadro clínico.

Demonstra dificuldade em não comer doces e acredita que sua condição social impede de seguir uma dieta adequada, reconhecendo que a alimentação balanceada é fundamental para melhora e estabilidade do quadro.

Ele se percebe como paciente psiquiátrico e assume fazer uso de medicação controlada; por estas razões lhe foi concedido o Benefício do Auxílio Doença, mas é resistente em se perceber como paciente diabético.

Afirma receber o apoio da família, da equipe do CAPS e da UBS, mas no que se refere à UBS não demonstra conhecimento sobre a equipe e funcionamento.

A usuária U2 reconhece o diagnóstico de Diabetes tipo II, mas acredita que desenvolveu a doença pelo fato de cuidar do filho acometido por transtorno mental, associando as dificuldades no cuidado com filho ao surgimento da diabetes.

Demonstra menos resistência em fazer uso da medicação, já que é via oral, mas não entende como a medicação atua no organismo, e devido à baixa escolaridade, reconhece a medicação pela cor e forma. Afirma que a condição social impede de seguir uma dieta adequada, reconhecendo também que a alimentação balanceada é fundamental para melhora do quadro.

Demonstra receber o apoio da equipe da UBS, mas apresenta um restrito conhecimento sobre a equipe e funcionamento da Unidade. Devido ao fato de residir longe de parentes próximo, não recebe apoio dos familiares em seu tratamento.

Tabela 2. 1ª fase – Diagnóstico: Condições de Saúde do Usuário

Sujeito	Diagnóstico	Uso da medicação	Tempo de diagnóstico	Recebe apoio da UBS
U1	- Diabetes Tipo II - Transtorno Mental	Não faz uso adequado da medicação; não demonstra resistência ao uso da medicação controlada, mas demonstra resistência a aplicação da insulina.	Mais ou menos dois anos para a diabetes e sete anos para o transtorno mental	Sim. Além do acompanhamento pela UBS, recebe acompanhamento do CAPS pelo fato de ser paciente psiquiátrico.
U2	Diabetes Tipo I	Aparenta fazer uso adequado da medicação, não demonstra resistência	Mais ou menos um ano e meio	Sim

Feita a sensibilização da equipe, onde foi discutida a aplicabilidade, o funcionamento, os pontos positivos, as etapas, etc. do PTS, foi dado início a primeira etapa: o Diagnóstico, onde se realiza uma avaliação orgânica, psicológica e social do usuário selecionado.

Através de informações fornecidas pela equipe de saúde e avaliação do prontuário, foi realizado o primeiro levantamento do diagnóstico do usuário selecionado.

No prontuário, informações sobre a condição de saúde do sujeito quanto ao diagnóstico da diabetes tipo I estão presentes em todas as intervenções realizadas pela unidade. É citado que o paciente já apresentou o quadro de coma diabético, mas sem informações detalhadas, já que nessa condição o paciente é acompanhado pela rede de saúde de alta complexidade. Também é citado que o usuário é acometido por Transtorno Mental, sem informações detalhadas, pois também é acompanhado por outra rede de saúde, o CAPS.

As primeiras informações sobre a condição social e psicológica do usuário foram fornecidas pela equipe de saúde, sendo necessário realizar visita domiciliar para levantamento de mais informações.

Uma visita ao CAPS foi realizada, para melhor compreensão da condição de saúde mental do usuário, considerando ainda que o paciente demonstra maior vínculo com o CAPS do que com a UBS.

Realizado o levantamento de Diagnóstico, foram definidas as metas de ação de curto, médio e longo prazo que serão aplicados mesmo depois de finalizado o PTS.

Tabela 3. 2ª fase: Definição de Metas

Visita(s) domiciliar	Palestra	Atendimento individual contínuo
Ação de médio/longo prazo	Ação de curto prazo	Ação de longo prazo

A Divisão de Responsabilidade foi feita entre os profissionais da UBS e da equipe do NASF, tendo como ação de curto prazo a palestra realizada pela equipe da UBS e do NASF e Visita Domiciliar pelo NASF. A visita domiciliar do Nasf teve o objetivo de reforçar e esclarecer os temas tratados na palestra e as visitas Domiciliares pela UBS teve como objetivo o acompanhamento da situação de saúde. As visitas domiciliares e consultas mensais pela UBS serão as estratégias de médio e longo prazo que se manterão mesmo com o termino do PTS, para que os usuários fortaleçam o vínculo com a UBS, não abandonem o tratamento, tenham acesso gratuito aos medicamentos, aumente seu conhecimento sobre a doença e apresente uma melhora significativa no quadro de saúde.

Tabela 4. 3ª fase: Divisão de Responsabilidade

Sujeitos	Ações	Objetivos
P1	Atendimento individual contínuo; Visita domiciliar, Palestra.	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimento de vínculo; - Ampliar o conhecimento dos usuários sobre seu quadro clínico; - Permitir que o profissional conhecesse usuário além da doença; - Socialização dos usuários com outros também acometidos pelo mesmo quadro clínico.
P2,P3,P4,P5	Visita domiciliar; Palestra	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar o conhecimento dos usuários sobre seu quadro clínico para além das informações trazidas pela médica da UBS; - Permitir que a intervenção dos profissionais atenda ao usuário de maneira biopsicossocial; - Socialização dos usuários com outros também acometidos pelo mesmo quadro clínico.

Num primeiro momento, as metas foram definidas pela médica (P1) da UBS, e a participação da equipe do NASF se dá pelo papel de apoiadores das atividades desenvolvidas nas UBS. O NASF foi convidado a realizar uma palestra multidisciplinar referente ao tema Diabetes, mas anterior ao dia do evento, nem a UBS e nem o NASF propuseram um encontro para definirem melhor a atividade e o trabalho que deveria ser debatido em conjunto entre as duas equipes foi apenas solicitado que fosse realizado baseado no tema determinado em que cada profissional trabalhasse questões específicas da área relacionadas ao tema.

Durante a reunião da equipe do NASF, foram definidos os temas que seriam abordados por cada profissional e quais os profissionais participariam dessa ação, sendo

selecionado o fisioterapeuta (P2), psicólogo (P3), nutricionista (P4) farmacêutico (P5). Um dos profissionais não estava presente e posteriormente o coordenador da equipe transmitiria as questões tratadas na reunião para este evento.

A rotatividade tanto dos profissionais que compõe a UBS e a equipe do NASF ao longo do ano, a não disponibilidade dos profissionais, considerando a agenda individual de cada um, não permitiu até então que os profissionais das duas equipes se conhecessem pessoalmente antes dessa ação.

A palestra, além de reunir uma equipe multidisciplinar, também permitiu ao usuário a socialização com outros sujeitos que são acometidos pelo mesmo quadro clínico. O debate entre os profissionais e usuários esclareceu dúvidas, trouxe novas informações, permitiu que os sujeitos apresentassem suas angústias, dificuldades, bem como os momentos de superação no enfrentamento de uma doença crônica.

A participação e atenção do usuário e da genitora foram positivas, de maneira que participavam dos diálogos e se mantiveram na sala durante toda a ação.

No que se referem às visitas domiciliares, os usuários recebem de maneira positiva as visitas dos profissionais, tanto da UBS quanto da equipe do NASF. Participam ativamente do diálogo, esclarecem suas dúvidas, demonstram o conhecimento adquirido na palestra realizada, e expõem seu cotidiano e maneira como lidam com uma doença crônica. Os usuários demonstram terem conhecimento dos erros que cometem, outros eles desconhecem, mas à medida que vão apresentando aos profissionais seu cotidiano, são orientados da maneira correta de procederem.

Após as ações, mudanças positivas para o enfrentamento da diabetes são percebidas por parte da genitora (U2) do usuário, que apesar de não conseguir manter sua taxa glicêmica controlada, sinaliza que vez ou outra consegue manter o índice glicêmico baixo, com melhoras nos sintomas. Mas o usuário (U1) continua se negando a fazer uso da insulina, quando faz, é em momentos de mal estar e não faz uso na dose prescrita.

O usuário retomou as atividades do CAPS, mas evita ir a UBS. Faz críticas quanto a funcionamento, afirmando não ser atendido quando busca a UBS. O usuário deseja ser atendido imediatamente, mas principalmente pela alta demanda do serviço público, os

atendimentos devem ser agendados e o usuário tenta burlar essa regra, sendo sua principal desculpa para a fuga dos atendimentos, pois frente a seu quadro clínico ele sabe que durante o atendimento será necessário que fure seu dedo para coletar sangue para medir o índice glicêmico e aplique a insulina, considerando que nos atendimentos anteriores contam em seu prontuário taxa elevadas do índice glicêmico.

Tabela 5. 4ª fase: Fase de Reavaliação

Indicadores	Metas
Pouca ou nenhuma mudança de hábitos	Continuar incentivando os bons hábitos sempre que os profissionais realizarem alguma intervenção
Aumento do conhecimento sobre a doença	As atividades desenvolvidas na UBS referente à promoção e prevenção de saúde, os usuários serão convidados a participar se os temas forem de relevância e interesse para melhora do quadro de saúde que apresentam
Uso inadequado ou não uso da medicação	Orientação sempre que os profissionais realizarem alguma intervenção
Baixa escolaridade e precária condição social	Os profissionais devem usar uma linguagem mais próxima da realidade do usuário
Além de U1 ter diabetes também é paciente psiquiátrico	Troca de informações sobre o U1 entre as redes UBS e CAPS
Retorno de U1 as atividades no CAPS	Incentivar a permanência de U1 no CAPS sempre que os profissionais realizarem alguma intervenção

A médica da UBS, juntamente com a equipe do NASF e do CAPS, ao discutirem sobre a evolução dos usuários, considera que: foram poucas ou nenhuma as mudanças de hábitos dos usuários acompanhados, mãe e filho. Durante as consultas e as visitas, apresentavam taxa elevadas do índice glicêmico, além do não uso ou uso inadequado das medicações, mesmo demonstrando em seus discursos um maior conhecimento sobre a doença, uso da medicação e hábitos necessários para uma evolução positiva do quadro. A baixa escolaridade e a precária condição social da família, também é fator determinante para o engessamento de maus hábitos frente ao quadro de saúde, sendo importante que os profissionais se utilizem de uma linguagem que permita o entendimento das orientações.

Como o usuário é paciente psiquiátrico a UBS vai permanecer realizando as visitas domiciliares de rotina, devido à negação do usuário de se deslocar até a unidade. Uma avaliação trimestral será realizada com a genitora durante consultas na UBS e toda e qualquer atividade desenvolvida nas UBS referente à promoção e prevenção de saúde, os usuários serão convidados a participar se os temas forem de relevância e interesse para melhora do quadro de saúde que apresentam. O CAPS continuará a atender as necessidades do usuário,

referente ao trabalho que já vem desempenhando com ele, trocando informações sobre o usuário com a UBS.

A médica acredita que se não houver mudança de comportamento frente ao quadro de diabetes dos dois usuários que participaram do PTS, haverá complicações graves no quadro de saúde e até mesmo o risco de o U1 vir a óbito. A UBS conta com o apoio do CAPS e vice e versa, para continuarem incentivando e orientando mudanças positivas de hábitos, para melhora do quadro clínico, bem como o NASF, sempre que forem solicitados.

Tabela 6. “Concepção” do PTS

Sujeitos	Indicadores	Contexto
PI, P2, P3, P4, P5, U1, U2	Aprendizado sobre o processo de adoecimento	Durante o PTS as orientações oriundas de um trabalho multidisciplinar auxiliam o usuário no enfrentamento das doenças
U1, U2	O aprendizado como facilitador do trabalho do profissional	A aprendizagem do usuário está diretamente ligada a adesão dele ao tratamento
PI, P2, P3, P4, P5, U1, U2	Reconhecimento do trabalho desenvolvido pelo profissional	Os profissionais, em sua maioria, não acreditam no reconhecimento do trabalho que desenvolvem, nem por parte dos usuários e nem por parte dos colegas de trabalho.
PI,	Aprendizado sobre o PTS	Como única profissional a participar de todas as etapas do PTS, foi capaz de ampliar seu conhecimento sobre o PTS
PI, P2, P3, P4, P5	Conhecimento sobre o usuário para além da doença	Os profissionais puderam ampliar seu conhecimento sobre o usuário/família selecionada para além da doença, percebendo esse sujeito como um ser global.

Todos os profissionais acreditam que o envolvimento de uma equipe multidisciplinar durante o PTS favorece o aprendizado do usuário sobre o seu processo de adoecimento justificando que as orientações oriundas das diversas áreas auxiliam o usuário no enfrentamento das doenças.

No que se refere a aprendizagem do usuário sobre seu processo de adoecimento, os profissionais acreditam que facilita o seu trabalho nos cuidados com o usuário. Os profissionais associam que a aprendizagem do usuário está diretamente ligada a adesão dele ao tratamento.

Quanto ao profissional ter seu trabalho reconhecido pelo usuário, a maioria não acredita no reconhecimento, apresentam algumas justificativas como: grau de instrução do usuário, nunca ter participado do PTS, falta de organização do trabalho, rotatividade do

profissional, falta de vínculo com o usuário e o não comprometimento do profissional de saúde com o SUS.

Sobre o reconhecimento do trabalho do profissional pelos demais colegas, a maioria também não acredita no reconhecimento dos profissionais que compõe a equipe do NASF pelos médicos e enfermeiros, acreditam que o papel da equipe do NASF não é de conhecimento dos médicos e enfermeiros e que os profissionais são negligentes no trabalho.

Quando comparada a entrevista realizada antes do PTS, a médica da UBS consegue apresentar um conceito sobre PTS, consegue justificar os motivos pelos quais o PTS permite que os profissionais trabalhem coletivamente no enfrentamento da doença do usuário e continua a considerar que o PTS favorece o aprendizado do usuário sobre seu processo de adoecimento de maneira a facilitar o trabalho do profissional nos cuidados com o usuário.

Percebe-se na entrevista que a médica da unidade amadureceu sua fala, é perceptível que ela ampliou o conhecimento sobre PTS, principalmente ampliou seu conhecimento sobre o usuário/família selecionada para além da doença, quando outros saberes, além do saber médico, foi compartilhado com os usuários e ao buscar outra rede de saúde, o CAPS que também acompanha o usuário, já que ela acredita que a dificuldade de adesão ao tratamento pelo usuário se dá principalmente por também ser paciente psiquiátrico.

Fazendo uma comparação das entrevistas realizadas com os usuários e ainda levando em consideração as especificidades de cada usuário, o usuário I.F.C, reconhece seu diagnóstico como paciente diabético e paciente psiquiátrico e descreve melhor suas doenças. Ainda afirma que recebe o apoio da família, da equipe da UBS, e no que se refere à UBS demonstra um maior conhecimento sobre a equipe e funcionamento.

A usuária U1 também reconhece seu diagnóstico, descreve melhor a doença, ainda acredita que desenvolveu a doença pelo fato de cuidar do filho acometido por transtorno mental, associando as dificuldades no cuidado com filho as altas taxas da diabetes.

Demonstra como deve ser feito o uso da medicação, mas nos momentos em que seu índice glicêmico está mais baixo, passou a reduzir o uso da medicação de três vezes por dia para apenas um mês (não recebeu orientação médica para essa conduta, o que provoca prejuízo para sua saúde) Afirma mais uma vez que a condição social impede de seguir uma

dieta adequada, reconhecendo também que a alimentação balanceada é fundamental para melhora do quadro.

Demonstra receber o apoio da equipe da UBS, apresenta um maior conhecimento sobre a equipe e funcionamento da Unidade. Devido ao fato de residir longe de parentes próximo, não recebe apoio dos familiares em seu tratamento.

3.7 Análise e Discussão de Resultados

Por fim, a análise dos dados de uma pesquisa qualitativa, é de fundamental importância e Menayo (2012), corrobora que a maioria dos pesquisadores se questiona como fazer uma análise do material qualitativo, dessa forma, ela ensina que a análise desse material também perpassa por etapas que são fundamentais e está sob o tripé da teoria, do método e da técnica, assim como nas pesquisas quantitativas, sendo de fundamental importância a presença de um marco teórico; definição de um objeto sob a forma de uma sentença problematizadora, delineando os instrumentos operacionais, que também contém bases teóricas, indo a campo munido de teoria, organizando e ordenando de maneira exímia todo o material recolhido durante a pesquisa.

Através do estudo proposto por esta dissertação, a análise qualitativa do objeto desta investigação possibilita a construção de conhecimento, já que se utilizou como o marco teórico a Teoria das Representações Sociais, definindo um objeto sob esta sentença problematizadora: Como Estratégia de Educação em Saúde, quais os benefícios do Projeto Terapêutico Singular, no processo de aprendizagem do usuário e/ou da sua família do usuário, e na valorização do trabalho dos profissionais de saúde numa Unidade Básica do Município de Irecê-BA? Concretizada por tanto através dos instrumentos operacionais, como entrevistas e a observação participante, apresentando por tanto os requisitos e instrumentos para ser valorizada como pesquisa científica.

Quanto à conclusão das entrevistas com usuário/família, dos profissionais, bem como a conclusão das notas de campo colhidas durante a observação participante, um usuário/família, mãe e filho, foi selecionado para aplicação do PTS, os profissionais

envolvidos foram à médica da UBS que acompanha diretamente o quadro de saúde dos usuários e a equipe do NASF.

As entrevistas realizadas com a médica e o usuário/família foram aplicadas antes e depois do PTS e as entrevistas realizadas com os profissionais do NASF foram aplicadas após a ação realizada por eles. As entrevistas têm o objetivo de descrever os benefícios do Projeto Terapêutico Singular (PTS) no processo de aprendizagem da saúde para o usuário/família e o impacto da intervenção na atividade laboral dos profissionais da saúde que integram a Unidade Básica do Alto do Moura do Município de Irecê-BA.

Além da sentença problematizadora, as entrevistas pretendem, ainda, responder às seguintes questões orientadoras de pesquisa: 1. Na opinião dos profissionais, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um modelo de Educação para a Saúde e que impacto tem na valorização do seu trabalho e nas suas relações laborais? 2. Como é o PTS percebido pelos profissionais, como ferramenta de Educação em Saúde? 3. Quais as diferenças entre os conhecimentos dos usuários sobre a sua condição de saúde antes e após a aplicação do PTS?

As respostas se pautam na realidade que cada sujeito envolvido vive, levando em consideração a relação do PTS e a Teoria da Representação Social.

Seguindo as orientações da Cartilha da Política nacional de Humanização (2006), a seleção da família/usuário desta pesquisa atende a condição do sujeito(s) acometido(s) por uma doença crônica, de uso contínuo de medicação, que a baixa escolaridade e sua situação social precária o excluem de direitos básicos, além de que a aplicação do PTS no contexto vivido na pesquisa contempla em seu conteúdo ações distribuídas em quatro etapas: (1) Diagnóstico; (2) Definição de Metas; (3) Divisão de responsabilidades; (4) Reavaliação.

Os benefícios trazidos pelo PTS ao usuário/família selecionada estão: nas orientações recebidas por uma equipe multidisciplinar, na possibilidade dos usuários transmitirem para o profissional a maneira como lidam com a doença, as dificuldades de enfrentamento; das visitas domiciliares possibilitarem que o profissional tenha acesso à realidade de vida dos usuários de maneira que as orientações também possam ser dadas considerando as condições sociais e emocionais dos sujeitos, que são vistos além da doença.

Quanto à possibilidade de valorização do trabalho dos profissionais de saúde numa Unidade Básica do Município de Irecê-Ba através do PTS, as respostas em sua maioria são

negativas quanto a valorização dos trabalhos desenvolvidos. No que se refere à aprendizagem do usuário sobre seu processo de adoecimento, esta facilita o trabalho do profissional nos cuidados com ele; os profissionais associaram que a aprendizagem do usuário está diretamente ligada a adesão dele ao tratamento.

Quanto ao profissional ter seu trabalho reconhecido pelo usuário através do PTS, ou até mesmo ter seu trabalho reconhecido pelos demais colegas de trabalho, à maioria não acredita no reconhecimento, apresentam algumas justificativas como: grau de instrução do usuário, nunca ter participado do PTS, falta de organização do trabalho, rotatividade do profissional, falta de vínculo com o usuário e o não comprometimento do profissional de saúde com o SUS.

Ao final da pesquisa conclui-se que foram cumpridas todas as etapas propostas pelo PTS, descrevendo por tanto o Projeto Terapêutico Singular, as suas características e o âmbito da sua ação como proposta do HumanizaSUS.

O HumanizaSUS propõe ações como o PTS com o objetivo de por em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Para esta pesquisa o PTS permitiu perceber os problemas e dificuldades do serviço de saúde prestado na UBS e construir uma ação de cuidado coletivo (trabalhadores e usuários) e enquanto modelo de Educação para a saúde ele atende as propostas do “HumanizaSUS, mas o conhecimento adquirido não foi suficiente para gerar mudanças significativas de atitude tanto dos trabalhadores quanto dos usuários.

Durante a pesquisa foi possível descrever os benefícios do PTS no processo de aprendizagem da saúde para o usuário/família, no que se refere à aquisição de conhecimento tanto da situação de saúde, quanto da rede da UBS, mas pensar que a educação possibilitou uma mudança positiva nos hábitos não seria a conclusão a se fazer nessa pesquisa. A educação abriu a possibilidade para que sujeitos antes excluídos virassem protagonistas e comparando seus discursos nas entrevistas, antes e depois do PTS, percebe-se que foram capazes de aprender sobre a doença, seu quadro de saúde e dos serviços prestados pela UBS.

Referindo-se ao o impacto da intervenção do PTS na atividade laboral dos profissionais da saúde que integram a Unidade Básica do Município de Irecê-Ba, é fato que os profissionais da UBS e do NASF percebem que eles não se sentem completamente valorizados pelo trabalho que desempenham nem pelos usuários nem pelos demais colegas, provavelmente em razão das condições de trabalho a que são submetidos, sem a preparação e

treinamentos adequados, tanto para os profissionais do NASF quanto para os demais profissionais da UBS.

O PTS permitiu aos profissionais apontarem as dificuldades que enfrentam, mas não entendem o PTS como uma oportunidade de melhorar as relações de trabalho e de trabalharem em consonância com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Utilizando-se da Teoria da Representação Social foi possível descrever e analisar as representações sociais do usuário/família e o papel dos profissionais de saúde envolvidos no processo de educação em saúde, tanto através de conhecimentos plurais quanto os pensamentos de cada indivíduo. O PTS conseguiu fazer com que o usuário fosse visto como um indivíduo além da doença, considerando seu contexto biopsicossocial, apontando as dificuldades do usuário no seu cotidiano, mas o PTS não ajudou a enfrentar as situações de adoecimento em uma precária, dura e violenta condição social, para isto seriam necessárias outras políticas públicas associadas ao acompanhamento da doença, pois dispor de profissional da saúde e medicações não é suficiente para melhora do quadro clínico do usuário envolvido nesta pesquisa.

Durante a observação participante, percebe-se que o PTS é percebido pelos profissionais, como ferramenta de Educação em Saúde, ferramenta esta que contribuiu para fortalecer o vínculo do usuário com os profissionais e vice versa, e para este PTS o conhecimento dos usuários sobre a sua condição de saúde foi sem dúvida o ponto de partida para despertá-los para a necessidade de atitudes cada vez mais ativas de enfrentamento.

4.CONCLUSÕES

A pesquisa mostrou que os autores apresentam pontos de vista parecidos e complementares sobre a definição e desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular (PTS), conforme orientação da Cartilha da PNH. De um modo geral, o Projeto Terapêutico Singular é compreendido como uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido, implicado no processo de educação em saúde.

Esta dissertação de natureza qualitativa busca entender o PTS - Projeto Terapêutico Singular, como estratégia de educação em saúde, descrevendo essa experiência nos mínimos detalhes, tendo como “palco” de trabalho uma Unidade Básica de Saúde do município de Irecê, onde a aplicação do PTS contempla em seu conteúdo ações distribuídas em quatro etapas: (1) Diagnóstico; (2) Definição de Metas; (3) Divisão de responsabilidades; (4) Reavaliação. Para essa pesquisa em específico foi selecionado um paciente diabético insulínico e sua genitora, também diabética, mas acometida pela diabetes tipo I, utilizando-se da observação participante e da entrevista como instrumentos de Recolha de informação.

Tratando-se do local da pesquisa, o funcionamento de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), é influenciado por muitos fatores, desde as características de território onde está inserido, da comunidade, passando pela característica da equipe de profissionais responsáveis e comprometidos com a UBS, além dos recursos disponíveis. Considerando este contexto o PTS promoveu ao usuário/família ações direcionadas a responder às problemáticas vivenciadas por eles, por seus familiares e comunidade, permitidos através da educação em saúde que o sujeito encontre meios através de um maior conhecimento/entendimento sobre sua condição de vida e saúde. Através desse estudo foi permitido ao usuário/família atendidos pelo PTS que fossem influenciado a condição ativa, de comprometimento, responsabilidades e autonomia sob a condição de saúde em que se encontram.

Corroborando com esta realidade, a Teoria das Representações Sociais (TRS) é para este trabalho uma teoria capaz de explicar os processos de aquisição do conhecimento, ensino e aprendizagem, sob uma perspectiva de complementar as teorias dominantes da aprendizagem, já que TRS é baseada nos estudos da relação entre grupos, buscando

compreender que também a produção de conhecimento plural constitui e reforça a identidade dos grupos.

Fazendo uma relação da TRS com o PTS, foi possível uma aproximação dos diversos saberes envolvidos no processo, de maneira que o usuário/família desta pesquisa foi avaliado em sua situação biopsicossocial com o objetivo de avaliar e aproximar da real situação vivida, além de refletir sobre suas potencialidades e limitações e desta forma a equipe pôde propor intervenções e conduzir o processo de educação em saúde. A equipe de saúde foi estimulada para trocar conhecimento e construir novas formas de cuidado.

O trabalho em equipe e treinamento dos profissionais são características essenciais para que a equipe supere as dificuldades apresentadas nas ações terapêuticas. Percebe-se nessa pesquisa que a articulação das UBS como o NASF é um ponto fragilizado. Assim, se faz necessária qualificação profissional dos envolvidos, para possibilitar a construção de novos processos de trabalho e envolvimento em práticas de educação em saúde.

Por fim, se conclui que a partir dessa pesquisa, que o Projeto Terapêutico Singular é um dispositivo de trabalho que está em processo de construção e que gera conflitos, ambiguidades e dúvidas, desta forma se faz necessário o empenho de todos os envolvidos para o enfrentamento das dificuldades, para o compartilhamento do conhecimento e disponibilidade para se construir novas formas para educação e cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, G.G & Aerts, D. (2011). As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 319-325.

Barbosa, G.C.; Meneguim, S.; Lima, S.A.M.; Moreno, V. (2013). Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*, 66, 123-7.

Fernandes, F. M. B. & Moreira, M. R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, vol. 23, núm. 2, abril-junio, 2013, pp. 511-529 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

Chaib, M. (2015). Representações Sociais, Subjetividade e Aprendizagem. *Cadernos de Pesquisa* v.45 n.156 p.358-372.

Constituição da República Federativa do Brasil [CRFB]. (1988).

Dorigatt, A.E., Aguilar, M.L., Madureira, M.M., Fonseca, F.G., Campos, R.T.O., Nascimento, J.L. (2014). Saúde Mental: Uma experiência no Curso de Graduação em Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38, 113-119.

Duarte, R. (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas *Educar em Revista*, núm. 24, 2004, pp. 213-225. Universidade Federal do Paraná. Paraná, Brasil.

Driessnack, M; Sousa, V. D. & Mendes, I. A. C. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 2: desenhos de pesquisa Qualitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 15, núm. 4, julio-agosto, 2007. Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.

FERREIRA, A. B. de H. Aurélio: o dicionário da língua portuguesa. Ed. especial. Curitiba: Positivo, 2008. 544 p. Coordenação e edição: Marina Baird Ferreira

Freitas, F.D.S., Silva, R.N., Araújo, F.P., Ferreira, M.A. (2013). Ambiente e Humanização: Retomada do Discurso de Nightingale na Política Nacional de Humanização. *Esc Anna Nery*, 17, 654 – 660.

Fraser, M. T. F. & Sônia Maria Guedes Gondim, M. G. G. (2004). Da Fala Do Outro Ao Texto Negociado: Discussões Sobre A Entrevista Na Pesquisa Qualitativa. *Paidéia*, 14 (28), 139 - 152.

Godoy, A.S. (1995). A Pesquisa Qualitativa e sua Utilização em administração de empresas. EAESP / FGV, São Paulo, Brasil.

Gomes, A.M.T., Oliveira, D.C. (2010). Autonomia profissional em um desenho atômico: representações sociais de enfermeiros. *Rev Bras Enferm*, Brasília jul-ago; 63(4): 608-15.

Gomes, A. M. T. & Oliveira, D. C. (2005). A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 58, núm. 4, julho-agosto, 2005, pp. 393-398. Associação Brasileira de Enfermagem. Brasília, Brasil

Herzlich, Claudine. (2015). *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):57-70, 2005.

Hillesheim, B.; Bernardes, A. G.; Medeiros, P. F. (2009). Leitura de uma Onda: pesquisa e observação. *Educação & Realidade*, vol. 34, núm. 3, septiembre-diciembre, 2009, pp. 213-224. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

Hori, A.A. & Nascimento, A.F. (2014). O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil (2014). *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 3561-3571.

Jesus, M.J., Vieira, A.B., Effgen, A.P.S. (2014). Pesquisa-ação Colaborativo-crítica: em busca de uma epistemologia. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, 39, 771-788.

Jodelet, D. (2011). Ponto de Vista: Sobre o movimento das representações sociais na comunidade científica brasileira. *Temas em Psicologia*, Vol. 19, no 1, 19 – 26.

Júnior, A.F. & Júnior, N.F. (2011). A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. *Evidência*, 7, 237-250.

Lave, J. (2015). Aprendizagem como/na prática. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 21, n. 44, p. 37-47.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Presidência da República da Casa Civil (PRCC).

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Presidência da República da Casa Civil (PRCC).

Lima, S. A. V.; Albuquerque, P. C.; Wenceslau, L.D.(2014). Educação Permanente em Saúde segundo os profissionais da Gestão de Recife, Pernambuco. *Trab. Educ. Saúde*, 2, 425-441.

Ministério da Saúde [MS]. (2006). Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (HumanizaSUS). Cartilha da PNH. Brasília: Ministério da Saúde.

Moreira, D. A. Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado FECAP - REVISTA ADMINISTRAÇÃO ON LINE - V.2 No. 3 – 2001

Márcio S. B. S. de Oliveira. REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS SOCIAIS - VOL. 19 Nº. 55. RESENHA: Serge MOSCOVICI. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Rio de Janeiro, Vozes, 2003. 404 páginas (trad. Pedrinho A. Guareschi, a partir do original em língua inglesa *Social representations: explorations in social psychology* [Gerard Duveen (ed.), Nova York, Polity Press/Blackwell Publishers, 2000]).

Ollaik, L. G. & Ziller, H. M.(2012). Concepções de validade em pesquisas qualitativas. *Educação e Pesquisa*, vol. 38, núm. 1, março, 2012, pp. 229-241. Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil

Pasche. D. F., Passos, E., Hennington, E. A. (2011). Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 4541-4548.

Pereira, C.C. (2004). Quantitativo Versus Qualitativo: Questões Paradigmáticas na Pesquisa em Avaliação. *Investigação e Fundamentos Metodológicos do RVAE*.

Pinto, D.M., Jorge, M.S.B., Pinto, A.G.A., Vasconcelos, M.G.F., Cavalcante, C.M., Flores, A.Z.T., Et Al. (2011). Projeto Terapêutico Singular na Produção do Cuidado Integral: Uma Construção Coletiva. *Texto Contexto Enferm*, 20, 493-302.

Resenha: William Foote WHYTE. *Sociedade de esquina: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada*. Tradução de Maria Lucia de Oliveira. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2005. 390 páginas. Por Licia Valladares.

Silva, C.M.C., Meneghim, M.C., Pereira, A.C., Mialhe, F.L. (2010). Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 2539-2550.

Silva, E.D., Camargo, B.V., Padilha, M.I. (2011). A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. *Rev Bras Enferm*, Brasília set-out; 64(5): 947-51.

Souza, Dalva Inês et al. (2013). Manual de orientações para projetos de pesquisa. – Novo Hamburgo: FESLSVC.

Taquette SR, Villela WV. (2016). Balizas do conhecimento: análise das instruções aos autores das revistas brasileiras da área de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1):7-13, 2017;.

Wikipédia, a enciclopédia livre. Irecê. <https://pt.wikipedia.org> em 18/09/2015 em <https://pt.wikipedia.org/wiki/Irece>.

.

APÊNDICE

Apêndice A – Guião da entrevista com o usuário aplicado antes do PTS.

A entrevista ocorrerá com dois usuários, mãe e filho, com diagnóstico de diabetes, atendidos pela Unidade Básica de Saúde do Auto do Moura, conforme roteiro a seguir:

1. Perfil do Usuário:

DADOS PESSOAIS

Sexo: ☐M ☐F

Data de Nascimento:

Cor/Raça:

☐Branca

☐Preta

☐Amarela

☐Parda

☐Indígena

FORMAÇÃO ACADÊMICA:

☐Analfabeto

☐Fundamental I mãe- incompleto

☐Fundamental II

☐Ensino Médio

☐Ensino Superior

PROFISSÃO:

2. Qual o diagnóstico da(s) doença(s)?
3. Há quanto tempo recebeu esse(s) diagnóstico(s)?
4. Descreva brevemente sua(s) doença(s).
5. Você faz uso contínuo de medicação? Quais?
6. Descreva brevemente o seu tratamento?

7. Qual a sua principal dificuldade para enfrentamento da(s) doença(s) que foi diagnosticado (a)?
8. Descreva brevemente a unidade básica de saúde que te atende.
Localização:
Equipe de trabalho:
Perfil dos usuários da UBS:
9. Você recebe apoio da família para o tratamento da sua doença?
10. Você recebe apoio dos profissionais da UBS que te acompanham no tratamento da sua doença?
11. Você já foi, está sendo ou precisa ser acompanhado por outra rede de saúde além da UBS?
12. Que sugestões você daria para melhorar seu quadro de saúde, no sentido de contribuir com a melhoria do atendimento da UBS?
13. Há algo que você gostaria de acrescentar?

Data de Preenchimento da Entrevista ____/____/____

Apêndice B – Guião da entrevista com o usuário aplicado após PTS.

01. Qual diagnóstico da(s) doença(s):
02. Há quanto tempo recebeu esse(s) de diagnóstico(s):
03. Descreva brevemente sua(s) doença(s)?
04. Você faz uso contínuo de medicação? Quais?
05. Descreva brevemente o seu tratamento?
06. Qual a queixa principal para enfrentamento da(s) doença(s) que foi diagnosticado (a)?
07. Descreva brevemente a unidade básica de saúde que te atende:
Localização:
Equipe de trabalho:
Perfil dos usuários da UBS:
08. Você recebe apoio da família para o tratamento da sua doença?
09. Você recebe apoio dos profissionais da UBS que te acompanham no tratamento da sua doença?
10. Você já foi, está sendo ou precisa ser acompanhado por outra rede de saúde além da UBS?
11. Que sugestões você daria para melhorar seu quadro de saúde, no sentido de contribuir com a melhoria do atendimento da UBS?
12. Há algo que você gostaria de acrescentar?

Data de Preenchimento da Entrevista ____/____/____

Apêndice C – Guião da entrevista com o profissional da UBS aplicado antes do PTS.

A entrevista ocorrerá com a médica da UBS, que acompanhará todas as etapas do PTS, conforme roteiro a seguir:

1. Perfil do Profissional:

DADOS PESSOAIS:

Sexo: ()M ()F

Data de Nascimento

Cor/Raça:

()Branca

()Preta

()Amarela

()Parda

()Indígena

FORMAÇÃO ACADÊMICA:

()Analfabeto

()Fundamental I

()Fundamental II

()Ensino Médio

()Ensino Superior

()Outros:Especifique

PROFISSÃO:

2. O que você entende por projeto terapêutico singular?
3. OPTS permite que os profissionais trabalhem coletivamente no enfrentamento da doença do usuário? Justifique.
4. O PTS favorece o aprendizado do usuário sobre seu processo de adoecimento? Justifique.

5. A aprendizagem do usuário sobre o seu processo de adoecimento facilita o trabalho do profissional nos cuidados com este usuário?
6. Há algo que você gostaria de acrescentar?

Data de Preenchimento da Entrevista ____/____/____

Apêndice D – Guião da entrevista com o profissional da UBS aplicado depois do PTS.

01. O que você entende por projeto terapêutico singular?
02. O PTS permite que os profissionais trabalhem coletivamente no enfrentamento da doença do usuário? Justifique.
03. O PTS favorece o aprendizado do usuário sobre seu processo de adoecimento? Justifique.
04. A aprendizagem do usuário sobre o seu processo de adoecimento facilita o trabalho do profissional nos cuidados com este usuário?
05. Há algo que você gostaria de acrescentar?

Data de Preenchimento da Entrevista ____/____/____

Apêndice E – Guião da entrevista com os profissionais que deram suporte ao PTS

01. O envolvimento de uma equipe multidisciplinar durante o PTS favorece o aprendizado do usuário sobre seu processo de adoecimento? Justifique.
02. A aprendizagem do usuário sobre o seu processo de adoecimento facilita o trabalho do profissional nos cuidados com este usuário?
03. O profissional, cada um em sua especificidade tem seu trabalho reconhecido pelo usuário? Justifique
04. O profissional, cada um em sua especificidade tem seu trabalho reconhecido pelos demais colegas de trabalho? Justifique.
05. Há algo que você gostaria de acrescentar?

Data de Preenchimento da Entrevista ____/____/____

Apêndice F – Transcrição da entrevista com o usuário aplicado antes do PTS

A entrevista ocorreu com dois usuários, mãe e filho, com diagnóstico de diabetes, atendidos pela Unidade Básica de Saúde do Auto do Moura, conforme roteiro a seguir:

1. Perfil do Usuário:

U1.

DADOS PESSOAIS

Sexo: (X)M ()F

Data de Nascimento: 27/02/1984

Cor/Raça:

()Branca

()Preta

()Amarela

(X)Parda

()Indígena

FORMAÇÃO ACADÊMICA:

()Analfabeto

(X)Fundamental I

()Fundamental II

()Ensino Médio

()Ensino Superior

PROFISSÃO: Aposentado por Auxílio Doença – Benefício de Prestação Continuada (BPC).

U2

DADOS PESSOAIS

Sexo: ()M (X)F

Data de Nascimento: 08/09/1962

Cor/Raça:

()Branca

- ☒ Preta
- ☐ Amarela
- ☐ Parda
- ☐ Indígena

FORMAÇÃO ACADÊMICA:

- ☐ Analfabeto
- ☒ Fundamental I
- ☐ Fundamental II
- ☐ Ensino Médio
- ☐ Ensino Superior

PROFISSÃO: Trabalhadora Rural e Diarista

2. QUAL O DIAGNÓSTICO DA(S) DOENÇA(S)?

U1.

É, tipo, eu sou doente mental, no caso.

Sou diabético também.

A diabetes é hipertensão né?

U2.

Só a diabetes mesmo, que é uma diabetes emocional.

3. HÁ QUANTO TEMPO RECEBEU ESSE(S) DIAGNÓTICO(S)?

U1.

A diabetes foi descoberta em agosto do ano passado (2016);

Sobre a minha mentalidade, moço, eu acho, desde criancinha, com nove anos de idade eu sofri um acidente e bati com a cabeça...

Mas tem sete anos que fui para recuperação...

U2.

Um ano e pouco.

4. DESCREVA BREVEMENTE SUA(S) DOENÇA(S).

U1.

Tem tempo que eu to bem, tem tempo que eu fico mal, tem tempo que me dá “um certo” nervoso, aí meu remédio me acalma mais sabe? Eu não posso ficar sem meu remédio não, mas eu gosto muito de tomar um suco de maracujá.

Dá vontade de chupar chiclete. É tipo assim: como se fosse uma mulher grávida sabe? No meu caso, eu fico desejando as coisas, se eu não pegar e comer um pão daquele, eu fico, parece que eu vou morrer, se eu não comer sabe?

Não vou mentir, mas eu não posso porque eu sou pobre, mas eu tenho um benefício e posso correr atrás das minhas coisas.

U2.

Pior que eu não entendo. Só o que o médico falou que é emocional, porque quem cuida de pessoas assim (faz referência ao filho com transtorno mental) sempre termina com diabetes, depressão. Alguma coisa assim.

5. VOCÊ FAZ USO CONTÍNUO DE MEDICAÇÃO? QUAIS?

U1.

A insulina e o remédio controlado também, que é pra eu dormir, né? Que se eu não tomar eu não consigo dormir.

U2.

Faço, eu tomo esses aqui. (aponta para umas cartelas de remédio em cima da mesa).

Esse em jejum, três vezes ao dia. (mostra o Gliconil 5ml)

Esse aqui quando a diabetes está muito alta, três vezes ao dia. (mostra o cloridrato de metformina 850mg).

6. DESCREVA BREVEMENTE O SEU TRATAMENTO?

U1.

“Me tratam” bem, fico no CAPS, ali, você já ouviu falar? Lá é bom, tem Dr. H que é psicólogo, quando a gente tá mal, com algum transtorno sabe? A gente passa com ele. Aí, lá de manhã, tem o lanche, tem café da manhã; a tarde tem almoço, tem aula de violão.

A gente fica lá à vontade, pode sair, a porta é aberta né? A porta é aberta.

U2.

Nós temos o aparelho que a gente ganhou, temos “tudo as coisinhas” aqui (mostra uma caixa de lancetas, o aparelho e a insulina na geladeira).

Usa aqui o adoçante, não usa açúcar, nós fazemos tudo direitinho, ele que é teimoso, que às vezes ele não quer que aplique, com medo, a agulhinha desse tamanhinho oh?

7. QUAL A SUA PRINCIPAL DIFICULDADE PARA ENFRENTAMENTO DA(S) DOENÇA(S) QUE FOI DIAGNÓSTICADO(A)?

U1.

Eu não. Eu não acho dificuldade não, por que eu acho que fez foi melhorar para mim, porque tem que fechar a boca né? Comer “mais pouco”, as coisas corretas né? Acho que foi bom, sei lá? Mas me judiou muito porque eu sou “ateimoso”.

U2.

Que a gente não pode ter uma alimentação assim que nem, alimentação adequada assim, que mandam comer mais verduras e frutas. Eu trabalho só dois dias na semana, o dinheiro que ela (patroa) paga é muito pouco, ela desconta água e luz daqui que “nós mora” e ainda tem a prestação da geladeira e ainda tem PAFIR (plano funerário).

Às vezes eu como uma coisa que eu sei que não vai sentir bem, aí quando eu termino de comer, oooh!! Eu já como sabendo, mas não vou ficar com fome.

8. DESCREVA BREVEMENTE A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE QUE TE ATENDE.

U1.

Localização: Aqui no Alto do Moura, no bairro mesmo.

Equipe de Trabalho: Não sei o nome

Perfil dos Usuários da UBS: Não sabe responder

U2.

Localização: Esse aqui onde as meninas ficam

Equipe de Trabalho: não sei dizer o nome deles... Sei que tem uma menina que mede a pressão, tem a que me entrega os remédios na farmácia e que faz a ficha.

Perfil dos Usuários da UBS: Não sabe responder.

9. VOCÊ RECEBE APOIO DA FAMÍLIA PARA O TRATAMENTO DA SUA DOENÇA?

U1.

Recebo, mas eu mesmo que faço a minha medicação.

U2.

Não, mora longe.

10. VOCÊ RECEBE APOIO DOS PROFISSIONAIS DA UBS QUE TE ACOMPANHAM NO TRATAMENTO DA SUA DOENÇA?

U1.

Recebo.

U2.

Recebo apoio sim das pessoas de lá.

11. VOCÊ JÁ FOI, ESTÁ SENDO OU PRECISA SER ACOMPANHADO POR OUTRA REDE DE SAÚDE ALÉM DA UBS?

U1.

O CAPS.

U2.

Acho que eu precisava, queria passar num psiquiatra ou coisa assim, tava precisando, tem hora que eu sinto um nervoso, que parece que nem é de mim. “Tô” precisando de um psicólogo ou coisa assim.

12. QUE SUGESTÕES VOCE DARIA PARA MELHORAR SEU QUADRO DE SAÚDE, NO SENTIDO DE CONTRIBUIR COM A MELHORIA DO ATENDIMENTO DA UBS?

U1.

Não ficar comendo e ficar comprando fiado. Eu queria ter fartura sabe? Ter um café da manhã descente.

U2.

Conseguir fazer uns exames no particular (na rede privada de saúde).

13. HÁ ALGO QUE VOCÊ GOSTARIA DE ACRESCENTAR?

U1.

Não.

U2.

Não. Só preciso fazer esses exames porque estou preocupada com a minha saúde.

Data de Preenchimento da Entrevista 20/10/2017

Apêndice G – Entrevista com o usuário aplicado após o PTS.

1. Qual o diagnóstico da(s) doença(s):

U1.

Meu Diagnóstico é diabetes e sou especial, doente mental...

U2.

Diabete, né!?

2. Há quanto tempo recebeu esse(s) de diagnóstico(s):

U1.

Acho que eu descobri foi com nove anos de idade que eu era lento para aprender no colégio sabe. No meio dos outros alunos eu era mais lento pra aprender, aí eu descobri que foi por causa desse acidente, mas depois na minha juventude eu comecei a misturar com algumas coisas, com álcool. Droga não, jamais! Com álcool sabe, bebida. Mas sempre, eu via que tinha loucura assim em minha cabeça. ... A diabetes tem quatro anos.

U2.

Dois anos.

3. Descreva brevemente sua(s) doença(s)?

U1.

Agora eu to bem. Eu não entendo muito bem não, mas pra mim não faz muito mal não, porque tem que fazer o certo e certo. Tomar a insulina, não comer doce, ser obediente nas coisas pra dar certo.

Eu sei que emagrece né? Tem a tipo um e tipo dois. Que engorda é a dois né? A que emagrece é a que eu tenho, a tipo um, que eu era gordo. Da fraqueza também né? Minha mãe se sente fraca também e sinto também, mas é se não tomar o remédio, eu acho. Dá pra viver com isso aí, dá pra acostumar, que eu to vivendo até hoje.

U2.

Foi muito chato, muito sei lá, tem hora que a gente nem sabe explicar, que tal? De tão nojento que a diabete é, que eu nem sei... Que a gente ta aqui bem conversando e na mesma hora né? Bate aquela tontura, desalento, que parece que não ta mais no corpo. Minha diabetes é emocional.

É uma doença que não tem cura, “nós tem” que fazer a dieta certa para viver mais tranquilo.

Não pode comer gordura e doce e massas, pois o sangue engrossa e pode causar um infarto.

4. Você faz uso contínuo de medicação? Quais?

U1.

Faço uso de remédio controlado e da insulina.

U2.

Da medicação eu faço, só não faço da alimentação, que a condição não ta dando.

5. Descreva brevemente o seu tratamento?

U1. Tem que ser calmo né não? Tomar remédio pra ficar calmo, pra não ficar estressado. Eu também não gosto que me façam raiva também. Eu não posso passar raivar. Preciso de um remédio que minha mãe pega no postinho e o remédio que eu pego no CAPS

U2.

Tomo o remédio do jeito que o médico passou. Em jejum, “mido” (verifico) ela de manhã. Ai conforme como ela “ta” eu tomo a medicação. Ai eu tomava três vezes, quando ela tava bem alta, mas agora maneirou só to tomando uma vez. E tá controlando. Hoje ta cento e... Hoje eu não achei muito boa não, anteontem tava cento e quarenta, tava boa né? Ai hoje ta cento e sessenta e dois. Porque eu alterei hoje de tarde, fiquei nervosa, U1 me faz raiva de mais. Meu Deus!

6. Qual a queixa principal para enfrentamento da(s) doença(s) que foi diagnosticado(a)?

U1.

É porque eu queria engordar um pouquinho, pegar uns quilos. Sou muito magro. Também na parte dos dentes também, que tem gente que fala que não pode mexer, quem tem diabetes não pode mexer no dente...

U2.

Que eu não posso trabalhar como eu trabalhava e nem tenho “condição” de alimentar com a alimentação que “eles passa”, “para mim fazer” eu não tenho condições de comprar as coisas, devo comer mais frutas né? Verdura. Eu sei assim, tudo o que eu devo comer e o que eu não devo, mas às vezes não tem nada que eu posso comer e eu

como qualquer coisa, e tento ir controlando, e no dia que eu como o arroz eu não como o macarrão o dia que eu como o macarrão eu não como o arroz, não como cuscuz todo dia, e eu sinto também quando eu como muito cuscuz ou a farinha eu sinto muita dor de estômago e ressecamento.

Tem que ter o mamão todo dia em jejum, o melão... Essas coisas aí é o que sempre me falta. É isso o que tá me aborrecendo. E verdura “tá” cara né? Se tivesse ao menos um lugar pra que a gente pudesse comprar pra pagar com trinta dias né? Mas não conhece quase ninguém né?

7. Descreva brevemente a unidade básica de saúde que te atende:

U1.

Localização: Alto do Moura, né não?

Equipe de Trabalho: Tem o que aplica a insulina, tem o que atende lá na porta marcando o nome das pessoas, o enfermeiro, tem a farmácia também, a parte que atende.

Perfil dos Usuários da UBS: As pessoas idosas, crianças, jovens.

U2.

Localização: Alto do Moura

Equipe de Trabalho: Eu não sei dizer os nomes. A menina da triagem que é técnica de enfermagem né? A lá da frente que atende a gente, a recepcionista, o menino que eu vim com ele agora, lá perto de casa até aqui, o enfermeiro, e a médica né? E tem a da farmácia, que são pessoas maravilhosas.

Perfil dos Usuários da UBS: Todo mundo, criança, idoso, adolescente...

8. Você recebe apoio da família para o tratamento da sua doença?

U1.

Recebo de minha mãe.

U2.

Não.

9. Você recebe apoio dos profissionais da UBS que te acompanham no tratamento da sua doença?

U1.

Recebo.

U2.

Recebo sim. Aconselham de mais, pra eu fechar a boca e não comer de tudo.

10. VOCÊ JÁ FOI, ESTÁ SENDO OU PRECISA SER ACOMPANHADO POR OUTRA REDE DE SAÚDE ALÉM DA UBS?

U1.

Não.

U2.

Preciso que queria fazer um eletro do coração, ando com um dor no peito faz dias...

11. QUE SUGESTÕES VOCE DARIA PARA MELHORAR SEU QUADRO DE SAÚDE, NO SENTIDO DE CONTRIBUIR COM A MELHORIA DO ATENDIMENTO DA UBS?

U1.

Acho que não...

U2.

Que nem eu tava falando, um lugar perto de casa, que diz que pega verdura né? Que uma vez eu fui pegar fruta e coisa assim, ai como o dia que era “para mim” pegar é o dia que eu trabalho, que é a sexta, ai eu perco as coisas por causa do trabalho e ai o trabalho não dá “pra mim sair”.

Pegar um alimento se tivesse um lugar assim pra doar pra mim verdura, nem que já fosse assim já murcha, e né muito não! Já ajudava de mais. Porque o trabalho que eu trabalho, trabalho “dois dia” e ai aquele dinheiro que eu recebo é pra pagar água e luz, prestação da geladeira, ainda falto três, e o PAFIR todo mês, que não pode ficar... tem que ficar em dia com o PAFIR, que nunca sabe do amanhã né? Ai sobra bem pouco. Tem Bujão. Marido desempregado tem mais de um ano que ta desempregado, faz só uns biquinhos, não dá nem pra... e U1 ta pagando empréstimo quase não pode ajudar e o empréstimo dele só vai terminar em outubro.

12. HÁ ALGO QUE VOCÊ GOSTARIA DEACRESCENTAR?

U1.

Não.

U2.

Acho que é só isso mesmo, sobre a alimentação, ta ficando difícil é a alimentação pra mim, pra mim e para ele. Que ai, às vezes o CAPS, que nem agora, ficou mais de dez dias fechado, eu sofri com ele, ele quer me forçar assim eu comprar fiado, e eu não

conheço a pessoa. Eu tenho juízo de saber... e ele quer e ele quer, se não for começa a xingar. Eu sofri esses dias, Meu Deus!

Data de Preenchimento da Entrevista 05/02/2018

Apêndice H – Transcrição da entrevista com o profissional aplicado antes do PTS.

1. Perfil do Profissional:

DADOS PESSOAIS:

Sexo: ()M (X)F

Data de Nascimento 04/04/1986

Cor/Raça:

()Branca

()Preta

()Amarela

(X)Parda

()Indígena

FORMAÇÃO ACADÊMICA:

()Analfabeto

()Fundamental I

()Fundamental II

()Ensino Médio

(X)Ensino Superior

()Outros:Especifique

PROFISSÃO: Médica

2. O que você entende por projeto terapêutico singular?

P1: Eu creio que seja mais um projeto pra, voltado mais para aqueles pacientes que tem necessidade: paciente acamado, paciente diabético que tem dificuldade na adesão terapêutica, pacientes psiquiátricos que tem dificuldades de tomar suas medicações e ir para o CAPS. Então, é um projeto voltado para tentar melhorar adesão do paciente e reúne toda a equipe né?

3. O PTS permite que os profissionais trabalhem coletivamente no enfrentamento da doença do usuário? Justifique.

P1: Sim. (não soube justificar).

4. O PTS favorece o aprendizado do usuário sobre seu processo de adoecimento? Justifique.

P1: Sim. Porque (a médica ficou nervosa, sendo necessário pausar a gravação do áudio).

Como é um projeto voltado mais para cada caso, a equipe vai tentar vê uma forma de ta abordando aquele paciente, vai permitindo que ele tenha adesão ao tratamento. Por exemplo: tem um paciente diabético que ele tinha resistência dele mesmo ta aplicando a insulina, de ta fazendo um tratamento certinho e a gente foi na casa dele, convidou ele pra ta vindo aqui, para ta ensinando ele, estimulando ele a fazer a própria insulina né? Então acredito que é esse o caminho aí.

5. A aprendizagem do usuário sobre o seu processo de adoecimento facilita o trabalho do profissional nos cuidados com este usuário?

P1: Com certeza, a partir do momento que o paciente entende como é a doença dele, as complicações que pode trazer né? Os benefícios que ele pode ter aderindo ao tratamento medicamentoso, às mudanças do hábito de vida né? Facilita na condução de cada caso.

6. HÁ ALGO QUE VOCÊ GOSTARIA DE ACRESCENTAR?

P1: Não.

Data de Preenchimento da Entrevista 02/10/2017

Apêndice I – Transcrição da entrevista com o profissional aplicado depois do PTS.

1. O que você entende por Projeto Terapêutico Singular?

P1: É um projeto voltado, que é voltado não apenas a doença do paciente, mas como um todo, tem que entender o paciente não só com a doença, mas a questão social, econômica, para vê se consegue atingir o objetivo proposto.

2. O PTS permite que os profissionais trabalhem coletivamente no enfrentamento da doença do usuário? Justifique.

P1: Sim. Porque a forma talvez do médico abordar é diferente do nutricionista abordar, do enfermeiro abordar e dessa forma acho que é mais fácil do paciente ta entendendo, ta aceitando.

3. O PTS favorece o aprendizado do usuário sobre seu processo de adoecimento? Justifique.

P1: Sim. Por esta questão que eu falei, como as formas de abordagens são diferentes, no caso de U1, que a gente fez a atividade aqui ele pode participar e tirar suas duvidas.

4. A aprendizagem do usuário sobre o seu processo de adoecimento facilita o trabalho do profissional nos cuidados com este usuário?

P1: Demais, uma vez que o paciente entende o que é a doença, como a doença funciona as conseqüências é mais fácil ele ta aderindo o tratamento. Infelizmente no caso de U1 tem essa questão dele ser um paciente psiquiátrico, que atrapalha, dificulta ele aderir o tratamento.

5. Há algo que você gostaria de acrescentar?

P1: Não.

Data de Preenchimento da Entrevista 09.02.2018

Apêndice J – Entrevista com os profissionais que deram suporte ao PTS

01. O envolvimento de uma equipe multidisciplinar durante o PTS favorece o aprendizado do usuário sobre seu processo de adoecimento? Justifique.

P2: Fisioterapeuta.

Eu acredito que favorece sim, porque você vai ter ali, vários saberes, cada um na sua área, orientando da melhor forma o usuário a conseguir enfrentar aquele problema. Então, acredito que essa é a chave do PTS, quanto mais profissionais imbuídos em ajudar aquele usuário, eu acho que aí é a ideia mesmo do PTS é essa. Eu acredito que sim.

P3: Psicólogo(a).

Sim, com certeza. Porque muitas vezes você vai só com um profissional e ele trabalha só na abordagem dele, quando esse paciente passa por vários profissionais então ele vai ser acompanhado, vai saber um pouco mais a depender da visão de cada um desses profissionais, então eu acredito que contribui bastante. No caso do paciente do PTS ele pode ter um acesso maior; saber um pouco mais sobre os aspectos emocionais, saber um pouco mais também quais as atividades físicas ele pode tá praticando, exercícios, essa questão nutricional, quais os alimentos que ele pode ingerir ou não. Então eu acredito que foi muito rico pra ele e para equipe também.

P4: Nutricionista

Sim, Acho assim, quando é bem feito, sim...

P5: Farmacêutico(a)

Sim. A equipe multidisciplinar termina tendo uma interação com o paciente. Da forma que a gente aborda, da forma que a gente conversa, da didática que o próprio NASF traz em sua legislação e aí na prática; a gente vê isso muito satisfatório, porque a gente não aborda só a questão técnica do profissional, faz abordagem também humana, e dentro de toda a legislação do SUS, traz muito isso: questão de humanização, de

promoção e prevenção a saúde, de não tratar a doença, de evitar que ela adoeça e isso também é importante. Quero dizer em termo de humanização, se preocupar com o paciente num todo e não só com a parte da doença dele.

02. A aprendizagem do usuário sobre o seu processo de adoecimento facilita o trabalho do profissional nos cuidados com este usuário?

P2: Fisioterapeuta

Sim, também acredito que sim. Funciona como uma troca. Quando você consegue encontrar uma pessoa, né? No caso o usuário, que já tá entendendo o processo de doença, né? Assim como foi nesse caso, eu acredito que fica mais fácil tanto você traçar os objetivos para melhorar, nesse caso, como também fica mais fácil dele se engajar mais, se ele sabe porque a gente tá ali, eu acredito que o usuário se engaja mais no processo.

P3: Psicóloga

Sim. Justamente... Primeiro, quando o paciente ele já está mais consciente do que ele precisa fazer e como ele precisa agir é mais fácil para o profissional quando chega. Por que, por exemplo, ele passa pelo nutricionista e aí a nutricionista já diz pra ele: “ó você pode tá comendo tal alimento e outro não, então quando o psicólogo vai, aquele paciente já tá mais aberto, não tá um paciente tão fechado que não conhece talvez o que ele pode e o que não pode. Quando o fisioterapeuta vai também e tal, e o profissional de educação física. Então eu acredito que facilita muito o trabalho, até pra gente tá se comunicando, entre nós mesmos. Olha eu já falei sobre isso, eu já falei com o paciente sobre isso, que é que tu acha de tu falar sobre isso porque eu estou percebendo que ele tá com uma dificuldade em tal e tal questão. Então você vai e já sabe até o que abordar com ele.

P4: Nutricionista

Sim. A partir do momento que ele tem uma adesão ao tratamento, isso facilita, porque não vai quebra o tratamento, não só na minha área, mas nas outras áreas também. Então vai ter uma adesão melhor ao tratamento e vai ter mais resultado.

P5: Farmacêutico(a)

Facilita. Na medida em que ele vai aprendendo ali o que fazer, o que evitar, o porquê disso. Não é só dizer não faça isso, faça dessa forma. Isso ali ele vai cultivando, ele vai se auto-ajudando de uma forma geral em todas as doenças. ...

03. O profissional, cada um em sua especificidade tem seu trabalho reconhecido pelo usuário? Justifique.

P2: Fisioterapeuta

Bom, essa questão já é um pouco mais, em minha opinião, um pouco mais complexa, por que a depender do profissional e a depender do usuário, pode gerar algumas dúvidas sobre qual é o tipo de ajuda que cada um pode dar. Em usuários que tendem a ser de uma área mais afastada da minha, por exemplo, que é o transtorno mental, o fisioterapeuta tem que bolar alguma coisa para tentar levar o saber dele a esse usuário, mas eu acredito que a depender da doença e a depender também do grau de instrução do usuário fica um pouco confuso o que, que o profissional ta fazendo para ele ali.

P3: Psicóloga

Acredito que sim. Eu acho que pra isso precisaria de um feedback do próprio usuário. A gente não teve esse feedback, ainda. Eu nunca trabalhei com outros Projetos Terapêuticos Singulares não, mas eu acredito que sim. Espero que sim.

P4: Nutricionista

Deveriam ser, alguns não. ... Não. Acho não. Aqui, eu acho talvez uma falta ainda de organização, a mudança às vezes dos profissionais, que tem uma rotatividade muito alta, acho que por conta disso não tem adesão, não tem vínculo, às vezes não conhece mesmo o paciente. ... Tem alguns enfermeiros que acham que o SUS é um favor ao paciente e não é o direito dele.

P5: Farmacêutico(a)

Sim, o profissional nas variadas graduações tem sua importância sim. Pelo menos no pouco tempo que eu tô na equipe, eu tenho visto assim, um certo engajamento quanto a visitas, quanto acompanhamentos, seja em qualquer área da graduação, seja o psicólogo, o enfermeiro, assistente social, farmacêutico, qualquer áreas ali ele tá dando sua contribuição, menor ou maior, dependendo de cada caso. Eu creio que é reconhecido sim pelo paciente, pelos familiares e até mesmo pela unidade que ele é assistido.

04. O profissional, cada um em sua especificidade tem seu trabalho reconhecido pelos demais colegas de trabalho? Justifique.

P2: Fisioterapeuta

Ainda existe um desvio de como que NASF, na intenção dos profissionais da Atenção Básica, principalmente enfermeiros e médicos, eles não entendem ainda muito bem qual o trabalho do NASF, tanto é que a gente vai combinar de marcar uma reunião como os enfermeiros para justamente mostrar o que é que o NASF faz. Eles sabem que é um núcleo de apoio, né? Eles sabem que o NASF tá para ajudar, mas eles não sabem qual é o fluxo, por exemplo, de acessar o NASF e como que o NASF pode ajudar a equipe, muitas vezes eles não sabem, eles acreditam no NASF só para dar palestra e só para dar um atendimento individual, sendo que o NASF é muito maior. Então esse reconhecimento dos médicos e enfermeiros ainda é muito pouco.

P3: Psicóloga

Ai sim. É mais fácil, com certeza. A gente conversa muito, troca informações, e sabe o que deu certo porque às vezes o usuário não fala diretamente para gente, mas ele fala para outro profissional. ... tem muito esse feedback entre nós mesmos.

P4: Nutricionista

Eu acho que sim. Eu acho importante, acho que cada um tem uma responsabilidade imensa, mas que alguns negligenciam mesmo.

P5: Farmacêutico(a)

Estamos tentando cada vez mais ser mais reconhecidos né? Tem muitas cidades que não tem o NASF, na própria cidade, na própria cidade, no caso de Irecê, aqui, tem muita gente que não sabe para que serve ou o que pode fazer e o que não pode, tem muitas dúvidas. Estamos tentando aí aos pouquinhos, a passos curtos, ser mais reconhecidos, chegar lá, mas no momento estamos no caminho certo.

05. HÁ ALGO QUE VOCÊ GOSTARIA DE ACRESCENTAR?

P2: Fisioterapeuta

Assim, eu acredito que ainda é uma estratégia terapêutica muito pouco divulgada pelas atenções básicas, pelas gerências e gestões dos municípios.

Porque eu acredito que esse tipo de trabalho é um trabalho que deveria ser multiplicado, né? Ou seja, quando a gente entrasse num NASF da vida, já deveria ter alguém que orientasse como fazer, principalmente a parte do projeto e tal. Tem lógico, que se a gente buscar os cadernos de Atenção Básica, que a gente já sabe que tem no SUS, mas é meio que no nosso caso, meio jogado assim, a gente tem que buscar, não tem treinamento adequado e eu acho que é uma coisa que poderia melhorar.

As ferramentas que a gente poderia usar? Ou qual o modo de abordar? Qual tipo de usuário pode ser e qual não pode? Quais são os critérios de inclusão desse usuário no PTS?

Fica meio que assim, o PTS é o Projeto Terapêutico Singular, a gente estuda um pouco na teoria. Mas gente! É muito difícil achar gente que já fizeram na prática, médicos e enfermeiros, tanta gente pergunta e se tivesse uma maior abertura sobre esse tema, um debate, eu acredito que melhoraria bastante.

P3: Psicóloga

Não.

P4: Nutricionista

Eu acho que deveria ter um treinamento melhor. Eu estava falando com o coordenador, agora que você assumiu essa coordenação e como eu já tive antes num NASF, toda vez que a gente entrava, tinha primeiro essa reunião com todos os coordenadores, na verdade o que eu tive de experiência com as equipes todas a gente apresentava o que, quais as responsabilidades do NASF, os pré-requisitos de cada profissional, inclusive para o PTS enfim, pra atendimento quando é o caso e deixava tudo mastigado, porque eu acho que os profissionais em si não conhece, não conhece mesmo, a verdade é essa, inclusive alguns da própria equipe não conhece e tem muita visão ainda de atendimento ambulatorial, então assim, eu acho que é muito ruim, então tem de ter isso, tem de apresentar pra todo mundo, tem de ter esse envolvimento e acho que na verdade o projeto em si é maravilhoso se colocar em ação, se colocar e realmente sair do papel é maravilhoso, tem só o que acrescenta. O difícil na verdade é ter esse envolvimento, ter esse reconhecimento mesmo, que às vezes acham que no NASF é um trabalho muito fácil.

P5: Farmacêutico(a)

Pegando esse eixo aí, queria acrescentar que, acho que temos que ser sim, mais valorizados, o pessoal tem que olhar melhor pra equipe do NASF, pela importância, principalmente na prevenção e promoção da saúde. Tá numa crescente, muitas cidades pequenas aí aderindo, e como depende muito dos gestores, essa questão aí de apoiar, de dar ajuda, de infra estrutura, de carro, matérias, de equipamentos, salas, de uma forma geral tem que ser mais valorizado o profissional do NASF.

Data de Preenchimento da Entrevista 25/01/2018

NOTAS DE CAMPOS

Anterior à implantação do Projeto, foi realizado a sensibilização de quatro equipes de saúde das UBS, para que estas soubessem a importância e objetivos que se pretende alcançar com o PTS. Das quatro UBS visitadas em uma delas foi possível sensibilizar e integrar a equipe, que estava com seu quadro de funcionários reduzido e viu no PTS uma alternativa de ampliar seu atendimento.

No dia 25 de setembro de 2017 a UBS do Alto do Moura selecionou o usuário/família que seria contemplada a participar do PTS. Sendo agendada a primeira etapa do PTS, o Levantamento de Diagnóstico.

Os profissionais que acompanharam de perto a primeira fase do PTS foram a médica e a enfermeira da unidade; a área onde reside o usuário não dispõe de ACS e a rotatividade dos demais funcionários não permitiu criar vínculo com o usuário. Ao final da primeira fase a enfermeira já não fazia parte do quadro de funcionários, ficando apenas a médica na atuação direta com o PTS, pois o enfermeiro que veio substituir a colega também não ficou no cargo até o fim do PTS.

Levantamento de Diagnóstico, 02 de outubro de 2017.

Informações coletadas no Prontuário do Paciente:

Nome: U1

Estado Civil: Solteiro

Data de Nascimento: 27/02/1984

Naturalidade: Uibaí-Ba

Escolaridade: Fundamental I

End.: Bairro Alto do Moura, Irecê-Ba

Mãe: U2

Data de nascimento: 08/09/1962

Pressão Arterial normal

Paciente Diabético Insulínico – Diabetes tipo I, acompanhado pela UBS desde de setembro de 2015, acometido por transtorno mental – sem diagnóstico especificado, UBS passou a ter a informação de que U1 era paciente psiquiátrico em janeiro de 2017. Apresenta diminuição da acuidade visual mais acentuada à esquerda, dentes enfraquecidos, padrão alimentar inadequado, perda excessiva de peso. Em todos os atendimentos se indicou que o nível de insulina estava descompensado o que indica que o paciente faz uso irregular de medicamento, além de apresentar isolamento Social.

Levantamento de Diagnóstico, 02 de outubro de 2017.

Informações fornecidas pela enfermeira da UBS

O quadro de ACS da UBS do Alto do Moura está incompleto, por tanto a área de abrangência onde o usuário reside esta descoberta. As intervenções e atendimentos realizados no usuário em sua maioria aconteceram por iniciativa da UBS, o paciente não busca a unidade espontaneamente, sendo necessário que a equipe de saúde controle se o paciente vai até a unidade para buscar a medicação. Em seu histórico como diabético insulínico, há relatos de episódios de coma.

Levantamento de Diagnóstico, 20 de outubro de 2017.

Dados coletado em visita domiciliar realizada pela médica da UBS

Família de baixa renda, domiciliada em bairro nobre do município, residindo aos fundos da casa de onde a genitora do usuário presta serviços como diarista. A renda declarada é de um salário mínimo, proveniente do auxílio doença do usuário, portador de transtorno mental. Boa parte do auxílio está comprometido com empréstimos.

A rua onde residem é calçada, possui luz elétrica e rede de esgoto; o domicílio é cedido pela patroa, possui 03 cômodos e uma unidade sanitária interna e pouca mobília; no momento da visita o domicílio estava em boas condições de higiene e organização, mas o relato da médica é que nem em todas as visitas o ambiente se encontra nessa mesma condição.

Residem no domicílio o usuário, diabético insulínico, a genitora, também diabética e o padrasto do usuário, desempregado.

Na sala de casa, fica exposta na parede uma foto do usuário no período anterior ao diagnóstico de diabetes. Atualmente o corpo é bem emagrecido e fala com orgulho da aparência do passado.

O discurso do usuário ora era coerente ora confuso.

Durante a avaliação médica o aparelho de glicemia não conseguiu fazer a leitura glicêmica, o que indicava o elevado índice, e risco de coma, por estar superior a 600. Prontamente a médica fez o encaminhamento do paciente para rede de urgência e emergência do município. A princípio o paciente e sua genitora se negavam a sair de casa, sendo necessário que a médica insistisse sobre a necessidade desse atendimento imediato haja vista a possibilidade de um novo episódio de coma.

Levantamento de Diagnóstico, 31 de outubro de 2017.

Dados coletado em visita realizada ao CAPS

O CAPS possui caráter aberto e comunitário, dotado de equipe multiprofissional e transdisciplinar, realizando atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes, oferecendo diversas atividades terapêuticas, podendo passar o dia todo no Centro, de segunda a sexta feira, das 8:00 as 17:00 horas, sendo disponibilizado as refeições e local para descanso.

O usuário é acompanhado pelo Centro desde fevereiro de 2010 com diagnóstico de Esquizofrenia não especificada e Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física, CID F20.9 e F06.

O diagnóstico de diabetes foi acompanhado pelo Centro desde o início, e o desequilíbrio no seu processamento de glicose no sangue só foi descoberto após ter sido internado em uma emergência médica com o quadro de coma diabético em abril de 2015. Durante todo o período em que precisou ficar internado, o centro fez o acompanhamento da condição de saúde, e desde então as intervenções necessárias para auxiliá-lo no tratamento.

A glicose do paciente era avaliada diariamente pela enfermagem do Centro, o uso da medicação era incentivado e um cardápio diferenciado foi criado pela nutricionista para atender as necessidades do usuário.

O usuário não fazia uso adequado da medicação, e toda a interferência realizada para auxiliá-lo no controle da glicemia era vista de forma negativa, reduzindo as idas do usuário a centro no ano de 2016.

Mais dois episódios de coma ocorreram no ano de 2016, o Centro disponibilizava transporte para o usuário comparecer as atividades no Centro devido aos edemas nos membros inferiores, fraqueza excessiva, o que impossibilitava seu deslocamento. Com a melhora do quadro clínico houve novamente o afastamento do paciente do Centro e isolamento social. O paciente comparece ao centro esporadicamente para retirada da medicação que é disponibilizada gratuitamente.

Definição de Metas, 15 de novembro de 2017.

Dados coletado em reunião com a médica da UBS

Na etapa 2, uma vez que se levantou o diagnóstico, se estabelece a Definição de Metas. Fazem-se propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o usuário.

Diante da resistência do usuário em comparecer a UBS, principalmente de tratar sobre questões de saúde que envolvam a diabetes, pensou-se numa maneira de trazer o usuário até a

UBS, para apresentá-lo as instalações e conhecer os serviços disponíveis, bem como a equipe, aliando com o fato de realizar um trabalho de educação em saúde com este usuário.

Sabe-se que o usuário gosta de se envolver com trabalhos relacionados à música, e foi pensado em se realizar na UBS uma ação de educação em saúde com os usuários com diagnóstico de diabetes, e convidá-lo a cantar no momento da ação. Nessa ação, a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF (fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico e psicóloga), juntamente com a médica da Unidade, traria ao público informações sobre o trabalho realizado na unidade, informações sobre a equipe de trabalho da UBS, bem como informações globais sobre a diabetes.

Após a ação, através de visita domiciliar de rotina, as questões tratadas no evento seriam debatidas com o usuário e a genitora, também diabética. Esclarecendo possíveis dúvidas.

Consultas serão agendadas na Unidade para o usuário e a genitora, todas as vezes que for necessário renovar a receita para entrega da medicação, permitindo o acompanhamento da condição de saúde desta família e visitas domiciliares esporádicas.

Definição de Metas, 21 de novembro de 2017.

Dados coletado em reunião com a equipe do NASF

Baseado nas estratégias propostas pela médica da Unidade foi definido os temas que seriam apresentados por cada profissional, dentro de sua área de atuação, durante a ação de educação em saúde. Para esta ação em específico os profissionais que atuaram foram o fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e farmacêutico e os temas abordados foram selecionados pelos profissionais.

Divisão de Responsabilidade, 04 de dezembro de 2017.

Ação 01: Palestra na UBS para usuários com Diabetes

Dado início a ação O NASF faz a apresentação da equipe de saúde e o objetivo da ação, voltada para o debate e esclarecimento de temas relacionado à Diabetes.

O fisioterapeuta utiliza de uma dinâmica de quebra-gelo para dar início à ação de educação, apresentando em seguida a importância da atividade física para o paciente que tem diabetes, como fator fundamental para controle do índice glicêmico.

A Médica da UBS traz informações sobre o conceito de diabetes, explica o que é uma doença crônica, apresenta os tipos de diabetes, os tratamentos, os cuidados necessários e o uso adequado da medicação.

Juntamente com a fala da médica o farmacêutico do NASF traz informações sobre o uso da insulina, necessária para os pacientes cujos organismos não produzem o hormônio e não pode ser tomado via oral para baixar o açúcar no sangue porque as enzimas do estômago interferem na ação e por isso deve ser injetada.

Os pacientes insulínicos presentes manifestaram a dificuldade da adesão a medicação, pela necessidade da medicação ser injetada; U1 refere-se à dor no local da aplicação. O farmacêutico dá algumas dicas para amenizar a dor durante a aplicação e sobre armazenamento e descarte do material utilizado.

A psicóloga do NASF traz em sua fala as mudanças no comportamento do sujeito após diagnóstico da diabetes, apresentando as fases de Luto da doença. Quando finalmente o sujeito consegue aceitar seu diagnóstico, criam-se mudanças positivas no comportamento, o que por ventura além da melhora do quadro clínico, há também uma diminuição do sofrimento emocional.

Principalmente os pacientes com diagnóstico da diabetes tipo 1, que são tratados com a administração da insulina, manifestaram sofrimento frente ao enfrentamento da doença durante a fala da psicóloga. Nesse momento o usuário do PTS ouvia atentamente as informações, mas não se manifestou. A U2 queixa-se por não conseguir controlar o índice glicêmico, afirma que naquele dia estava com a diabetes descompensada, e não se sentia feliz.

A nutricionista traz dicas sobre a dieta, informando que não há uma dieta específica para a diabetes, mas o paciente deve ter conhecimento necessário para adequar seus hábitos

alimentares consumindo alimentos com baixo índice glicêmico: frutas, vegetais e grãos integrais, pois são alimentos nutritivos, ricos em fibras e baixo teor de gorduras e calorias. Além disso é importante reduzir os carboidratos refinados e doces em geral.

A fala da nutricionista foi a mais extensa, ela presenteou os usuários com uma cartilha, contendo todas as informações ali passadas; sua fala era sempre interrompida, muitas dúvidas foram esclarecidas, o usuário selecionado para o PTS também ouvia atentamente a profissional, mas U2 era quem manifestava suas dúvidas e compartilhava da sua dificuldade nos cuidados com a alimentação.

Ao final das falas dos profissionais, o usuário cantou algumas músicas de sua autoria, a plateia cantou junto com ele músicas de artistas renomados e durante o coffee break fez a exposição do seu CD, para quem tivesse interesse em comprá-lo. O CD foi gravado com patrocínio do CAPS para incentivar seu talento.

Divisão de Responsabilidade, 15 de dezembro de 2017.

Ação 02: Visita domiciliar

Após o evento, através de visita domiciliar de rotina, as questões tratadas na ação foram debatidas com o usuário e a genitora, também diabética, sendo esclarecidas possíveis dúvidas e feita avaliação do conhecimento adquirido pelos usuários.

O enfermeiro da UBS, contratado recentemente, foi até a residência do usuário para se apresentar, conhecer os usuários e avaliar a condição de saúde deles. Os temas abordados na palestra pela médica da UBS e pela equipe do NASF foram recapitulados sendo possível perceber o quanto aprenderam sobre os conceitos. A participação do usuário e da genitora era bastante ativa, o que demonstra que a ação surtiu efeito para aquisição das informações.

A genitora informa que o filho só fez uso da insulina apenas uma vez durante os últimos 15 dias que decorreram da palestra, aplicando a dose diária de uma só vez, pois o filho se nega ser furado duas vezes. Informa ainda que o filho voltou a frequentar o CAPS diariamente.

Foi necessário que o enfermeiro administrasse a medicação no usuário que estava com o índice glicêmico aumentado de acordo com o teste realizado no momento da visita. O enfermeiro admirou-se pelo fato do usuário não apresentar nenhum sintoma de mal estar e os orientou a não administrar a dose diária de uma só vez, pois estavam procedendo de forma errada, pois tal comportamento pode acarretar em prejuízos a saúde.

Divisão de responsabilidade, 28 de dezembro de 2017

Ação 03: Visita domiciliar pela equipe do NASF

Considerando as questões trabalhadas na palestra, através de visita domiciliar, a equipe do NASF retoma alguns pontos, esclarece as dúvidas e oferece aos usuários serviços individuais, como atendimento psicológico e consulta com a nutricionista, que podem ser solicitados na UBS.

Foi uma visita bastante descontraída, fugiu a regra das visitas que buscam pelo quadro clínico do usuário. Os usuários se sentiram a vontade para falar das suas angústias frente ao enfrentamento da doença, tratando das variadas questões de como adquirir hábitos saudáveis para uma vida física e mental.

A psicóloga e o fisioterapeuta trabalharam uma técnica de relaxamento, para que o usuário pudesse utilizar durante as aplicações da insulina e o farmacêutico avaliou como era mantida as medicações no domicílio, dando dicas para uso, organização e armazenamento.

Divisão de Responsabilidade, 17 de janeiro de 2018.

Ação 04: Consulta médica na UBS

U1 não compareceu a consulta. A genitora justificou sua ausência, por medo de ser furado, tanto para verificação do índice glicêmico, quanto pela aplicação da insulina.

A médica informa que a usuária veio à consulta, queixando-se de fraqueza e indisposição para suas atividades diárias. A usuária deve fazer uso da medicação três vezes ao

dia, mas informa à médica que quando verifica que a taxa glicêmica esta baixa, faz uso da medicação apenas uma vez por dia, conduta esta que foi advertida pela médica para que não se repita, pois ela deve tomar a medicação diariamente, três vezes ao dia, independente do índice glicêmico. No momento da consulta a taxa estava muito alta, o que justificam as queixas da paciente.

O quadro clínico geral não apresentou alterações.

Reavaliação, 09 de fevereiro de 2018

Reavaliação: Reunião com a família a UBS, NASF e CAPS

Em reunião na UBS do Alto do Moura, foi realizado a **Reavaliação**, as representações da UBS, do NASF e do CAPS discutiram a evolução do PTS e sendo levantadas quais ações deveriam continuar e quais necessitam de alterações.

Os profissionais que atuam diretamente no trabalho com o paciente e seus familiares, que no momento é a médica a UBS, manterá as visitas domiciliares para o acompanhamento do quadro clínico dos usuários, e consultas regulares serão agendadas na unidade.

O NASF se propõe a contribuir na ampliação de ações que visem a promoção e prevenção à saúde na UBS do Alto do Moura, e sempre que possível, que os usuários envolvidos neste PTS sejam convidados a participarem.

Os usuários se comprometeram a participar das ações que ele vierem a ser convidados, observando de modo geral as orientações fornecidas pelas redes de saúde que os acompanham.

O usuário se compromete em manter seu vínculo com CAPS, e esta equipe continuará realizando as intervenções necessárias para o bem estar do usuário.

Para encerramento da reunião foi esclarecido que o objetivo do trabalho em conjunto, equipe da UBS, rede parceira, usuário e família, é em prol da saúde do usuário, da valorização do profissional pelos usuários e pelos próprios colegas de profissão.